



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20

**LA FAMILIA Y LA SALUD BUCAL DE LOS
ADOLESCENTES DEL CCH PLANTEL VALLEJO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

JESUS ZAPOTE CONTRERAS

Tutora:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

Asesor metodológico:

DRA. MARIA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE SOTOMAYOR

Generación 2008 – 2011

MÉXICO D.F.

2010



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.

TUTORA

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20**

ASESORA METODOLOGICA

**DRA. MARIA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE SOTOMAYOR
INVESTIGADOR ASOCIADO B, CMN SIGLO XXI,
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO OD.**

Vo. Bo.

**DRA. MARÍA DEL CARMÉN AGUIRRE GARCÍA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF NO. 20**

Vo. Bo.

**DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN EPIDEMIOLOGIA CLINICA
COORDINADORA DELEGACIONAL EN INVESTIGACIÓN
DELEGACIÓN NORTE DEL D. F.**

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS YA LA VIDA: por dejarme ser parte de este mundo y tener un valor en el y nunca dejarme perder la fe.

A MIS PADRES: por todo el apoyo incondicional brindado y haberme dado la mejor herencia que un hijo puede tener, su amor ante todo y el privilegio de haber cursado una profesión para ser un hombre de bien.

A MIS HERMANOS Y MI CUÑADA: que cuando sentía que no podía, siempre estaban ahí para darme ánimos y aun desvelado y todo me echaban porras para seguir en el camino.

A MI SOBRINITA Y AHIJADA CAMILA: Te adoro mi niña hermosa, eres ya parte de mi vida y uno de los motores de mi vida.

A MIS AMIGOS: por su apoyo, por dejarme entrar en sus vidas y ver lo maravillosas personas que son y por cada uno e irrepetible momento que convivimos juntos. Mención especial a la FEFA , mis amigos R2 , mis amigos ingles. de corazón gracias por estar ahí en todo, son personas que dejaron algo en mi vida. Y esa personita especial en mi vida mil gracias eres otro de mis motores por seguir adelante.

A MIS TUTORAS: Dra. Santa en verdad le agradezco de corazón todas las enseñanzas y apoyo para lograr esta tesis, créame que estoy infinitamente agradecido y la admiro por ser una gran persona. Dra. Carmen gracias por guiarnos en estos tres años y demostrarnos su apoyo incondicional. Dras. Victoria y Pilar su paciencia y enseñanza fueron fundamental para esta tesis muchas gracias.

ÍNDICE	PÁGINA
TÍTULO	
RESUMEN	
MARCO TEÓRICO	01
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	04
JUSTIFICACION	05
HIPÓTESIS	06
OBJETIVOS	07
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	08
RESULTADOS.	17
DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS	50
ANEXOS	52

**LA FAMILIA Y LA SALUD BUCAL DE LOS ADOLESCENTES
DEL CCH PLANTEL VALLEJO**

LA FAMILIA Y LA SALUD BUCAL DE LOS ADOLESCENTES DEL CCH PLANTEL VALLEJO

Zapote -Contreras Jesús¹, Vega-Mendoza S², Lavielle-Sotomayor M³

1. Médico residente del curso de especialización en Medicina Familiar UMF20
2. Medica Familiar. Profesor titular del curso de especialización en medicina familiar UMF 20
3. Maestra en Ciencias, Centro Medico Nacional Siglo XIX.

OBJETIVO: Identificar las características familiares y la salud bucal en los adolescentes del CCH Vallejo. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio descriptivo, en CCH plantel Vallejo, en 932 adolecentes ambos sexos, turnos que estuvieran cursando primero, tercero o quinto grado. Previo consentimiento informado se aplico un instrumento con ficha de identificación, factores familiares y aspectos de salud bucal, presencia de patología. Análisis estadístico tipo descriptivo mediante medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes utilizando el programa SPSS versión 15. **RESULTADOS:** media de edad 16 años \pm 1.09 (14-18), 525(56.3%) mujeres, 618(66.3%) nivel socioeconómico medio bajo. 175(18.8%) cuentan con madres con secundaria completa y 146(15.7%) padres con universidad completa, 456(48.9%) amas de casa, 575(61.7%) padres empleados. Se percibieron con estado de salud buena en 687(73.8%). Con familia nuclear 581(62.3%); funcionalidad en cohesión no relacionada 333(35.7%) y 516(54.4%) adaptación caótica. Salud bucal en 714(76.6%) fue mala, hallazgo de gingivitis 544(58.4%), hábitos positivos de cepillado en 877(94.1%), después de cada comida 569(61.1%) sin utilizar hilo dental 694(74.5%), percepción de adecuada técnica 775(83.2%) , sin visita semestral 599(64.3%), desconocían de enfermedad periodontal 474 (50.9%). Características de adolescentes con mala salud bucal fue edad 15-17 años en un 61.3%, limites familiares disfuncionales 64.8%, cohesión no relacionada 37.5%, presencia de obturaciones 17.5%, sarro 45.1%, cepillado adecuado 92.9%, no uso de hilo dental 87%, sin visita odontológica 80.4%, presencia de odontopatía 40.5%. **CONCLUSIONES:** La mala salud bucal se percibió en frecuencia de cepillado, uso de hilo dental, acudir a revisión odontológica, la falta de cohesión y limites familiares.

Palabras claves: Salud bucal, adolescentes, familia.

THE FAMILY AND THE ORAL HEALTH OF ADOLESCENTS OF CCH VALLEJO CAMPUS

Zapote -Contreras Jesús¹, Vega-Mendoza S², Lavielle-Sotomayor M³

1. Resident physician specialization course in Family Medicine UMF20
2. Family Physician. Professor of the specialization course in family medicine UMF 20
3. Master of Science, National Medical Center Century XIX.

OBJECTIVE: To identify the family characteristics and oral health in adolescents in the CCH Vallejo. **MATERIAL AND METHODS:** Descriptive, CCH campus in Vallejo, in 932 male and female adolescents, who were studying shifts first, third or fifth grade. Informed consent was applied to an instrument with identification card, family factors and aspects of oral health, presence of pathology. Descriptive statistical analysis using measures of central tendency, frequencies and percentages using SPSS version 15. **RESULTS:** Mean age 16 years \pm 1.09 (14-18), 525 (56.3%) women, 618 (66.3%) lower middle socioeconomic status. 175 (18.8%) mothers have completed secondary school and 146 (15.7%) parents completed college, 456 (48.9%) housewives, 575 (61.7%) parent. Are perceived health status was good in 687 (73.8%). With 581 nuclear families (62.3%) unrelated cohesion functionality in 333 (35.7%) and 516 (54.4%) adaptation chaotic. Oral health in 714 (76.6%) was poor, gingivitis finding 544 (58.4%), positive brushing habits in 877 (94.1%) after each meal 569 (61.1%) without flossing 694 (74.5%) technically correct perception of 775 (83.2%) without semiannual visit 599 (64.3%), periodontal disease were unaware of 474 (50.9%). Characteristics of adolescents with poor oral health was 15-17 years old 61.3%, 64.8% dysfunctional family boundaries, cohesion unrelated 37.5%, 17.5% presence of fillings, tartar 45.1%, 92.9% proper brushing, not flossing 87%, 80.4% without dental visit, presence of Tooth 40.5%. **CONCLUSIONS:** Poor oral health is perceived frequency of brushing, flossing, going to dental review, the lack of cohesion and family boundaries.

Keywords: oral health, adolescent and family.

MARCO TEORICO

Las periodontopatías son las afecciones que involucran a los tejidos que protegen y soportan al diente, estas enfermedades han sido muy estudiadas en los últimos años y ocupan el segundo lugar en la jerarquización de los problemas de salud bucal. ¹

Las enfermedades bucales constituyen un problema general de salud pública. La caries dental y las periodontopatías, por su magnitud y trascendencia, representan los principales problemas de salud bucal. La caries dental involucra un desequilibrio de las interacciones moleculares normales entre la superficie/subsuperficie del diente y el biofilm microbiano adyacente. Este desequilibrio se manifiesta en un cierto plazo como desmineralización acumulativa del diente que, si no se revierte, tiene el potencial de producir una cavitación en el esmalte y consecuentemente un daño colateral a la dentina y a la pulpa, culminando con la destrucción localizada de los tejidos duros del diente. ²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define a la caries dental como un proceso patológico de origen externo que se inicia después de la erupción y determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad. Las periodontopatías, por su parte, se caracterizan por producir inflamación y destrucción de los tejidos de soporte de los dientes. La etapa final de las periodontopatías ocasiona movilidad y pérdida de los dientes afectados. ^{2,3}

Desde hace ya varias décadas, la OMS desarrolló una definición de salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. En años más recientes ha existido un considerable progreso en el desarrollo de medidas funcionales de salud, y la salud bucal forma parte de la salud integral, por lo que según la definición antes descrita, si se padece una enfermedad bucal se carece de salud general. La salud bucal incluye el componente “dental” pero se relaciona con todo el complejo estomatognático. En otras palabras, la salud bucal no puede visualizarse únicamente como un problema dentario. ³

La salud en la población, aunque tiene su asiento biológico en cada individuo, tiene determinantes sociales y ambientales; por lo tanto, el mejoramiento de la salud puede consumarse a través de acciones deliberadas a nivel individual, la prestación de servicios individuales y comunitarios, y las intervenciones en salud pública. Algunos servicios públicos o privados, aunque no persiguen específicamente mejorar la salud, inciden en forma positiva o negativa sobre ella, y aunque su objetivo específico no es procurar cierto estado de salud, pueden mejorarla. ³

En México ha atravesado por distintas etapas en su historia y continúa

actualmente su desarrollo. Desde la época prehispánica los pobladores de diversas culturas asentadas en el territorio nacional ya realizaban distintos tratamientos, como desgastes selectivos e incrustaciones sobre sus dientes.⁴

Uno de los principios que caracterizan la salud, es la orientación profiláctica, considerada como la orientación general de la promoción de salud y como uno de los factores poderosos de transformación del entorno en que viven las personas en su comunidad, en el desarrollo de sus ambientes escolares, laborales o de recreación.

Para realizar cambios, primero se debe diagnosticar, pues no se puede programar sin hacer un diagnóstico, porque no se puede tener el control sin conocer a fondo los procesos³. El diagnóstico de salud esta constituido por el conocimiento de la situación de la salud en una comunidad, la familia y el individuo⁴; y por un análisis de los hallazgos con enfoque clínico – biológico, higiénico – epidemiológico y social, para la identificación de los problemas de salud⁵.

Es por eso fundamental conocer el diagnóstico de conocimientos de la población en Salud bucal, ya que según los problemas detectados se realiza el enfoque educativo y se aplicarán las técnicas educativas y de salud, según se vayan a ejecutar de forma masiva, grupal en las familias o de persona a persona en consultorios⁵. Para de esta forma transmitir conocimientos a la comunidad con el propósito de que la misma adquiera conciencia de sus propios problemas y encuentren la solución adecuada y ayuden a resolverlas. La efectividad de los planes, métodos y procedimientos de la Promoción y Educación Para la Salud dependen del conocimiento previo que se tenga de cómo la población piensa, siente y actúa en cuestiones relacionadas con la salud.⁶

Los adolescentes no están exentos de padecer enfermedades bucales siendo las más comunes la caries dental y la gingivitis. Las enfermedades gingivales y periodontales se consideran el resultado del desequilibrio entre la interacción inmunológica de hospedero y la placa microbiana del surco gingival y están integrados por una serie de lesiones que aparecen en distintos períodos de la vida del individuo y afectan la mucosa gingival, el tejido conectivo de sujeción, el hueso alveolar y el cemento radicular. Entre ellos se encuentra la Gingivitis, la cual no es más que un proceso inflamatorio reversible de los tejidos blandos que rodean al diente sin afectar los tejidos de soporte y se caracteriza por el enrojecimiento, edema y sangrado gingival.⁷

Según investigaciones realizadas, durante la adolescencia se generan algunas conductas que inciden negativamente en los medios familiar y social, lo cuál produce estilos de vida poco saludables, que afectan su calidad de vida.⁷

Los adolescentes se han de hacer responsables de su bienestar puesto que los hábitos entre ellos la higiene bucal que proporcionan la base que ha de preservar su salud en la adultez. Observando que la labor más importante de un promotor de salud es la de enseñar, animar y compartir conocimientos, habilidades, experiencias y estas actividades tendrán un efecto de mayor alcance que todas las actividades preventivas y curativas que se puedan llevar a cabo.⁸

Teniendo en cuenta que la labor educativa en pequeños grupos hace que la actividad de promoción y educación para la salud que se realizan en la comunidad traigan como resultados modificaciones en las actitudes y conducta de la población en relación con la salud bucal obteniendo una mejor calidad de vida de la población que asimile los cambios^{9,10}

Para la aplicación de las recomendaciones que hagamos, contamos con el asentamiento político del colectivo de nuestra clínica estomatológica en que prestamos servicio, el gobierno y el partido, que priorizan cuanto actividad redunde en elevar la calidad de vida de la población.¹¹

El desarrollo del componente bucal en la atención integral del adolescente constituye la búsqueda de una forma totalizadora de mejoramiento de la calidad de vida. Los conceptos acerca de:

1. El papel relevante de la familia y la comunidad en la promoción de salud, prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades prevalentes.¹²
2. El concepto de riesgo en el estudio y solución de los problemas de salud y su incorporación en la programación.
3. La aplicación de criterios mas holísticos en cuanto a recursos humanos para salud.¹²
4. El desarrollo de la capacidad de innovación tecnológica en áreas de educación, prevención, recursos físicos y materiales incluyendo su recuperación y mantenimiento, sirven de base para generar una propuesta de integración con otras áreas de la atención de salud.¹³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la adolescencia de 10 a 19 años, aparecen conflictos y contradicciones debido a la inmadurez de estas edades propias y lógicas de las transformaciones biopsicosociales que se presentan para los cambios de la niñez a la adultez, considerándose individuos que no requieren reglas o normas respecto a su salud .¹⁴

Dado que falla la comunicación de todos los adultos que tienen que ver con ellos y la intervención escolar son escasas, no hablando de temas que también son de interés, como asearse correctamente, el cepillado de los dientes 4 veces al día de forma correcta y la adecuada alimentación. Es necesario detectar la conducta individual de los jóvenes para reducir los riesgos para las periodontopatías y de este modo proponer una intervención dirigida a este grupo de edad, en diferentes centros educacionales y al conjunto de la comunidad afines a la juventud.¹⁴

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿CUALES SON LAS CARACTERISTICAS FAMILIARES Y LA SALUD BUCAL DE LOS ADOLESCENTES DEL CCH VALLEJO?

JUSTIFICACIÓN

Los médicos familiares en su práctica diaria reciben pacientes procedentes de unidades de una comunidad vital y activa. Sus actitudes reflejan en gran parte las ideas y sentir de aquellos con los cuales están asociados: familias, amigos, vecinos y compañeros de trabajo. La resistencia o aceptación de las recomendaciones del estomatólogo con frecuencia refleja un consenso general entre las personas relacionadas con el paciente. Por ello más que el trabajo curativo para eliminar las enfermedades bucales, las caries y las periodontopatías y como única solución posible resulta un programa eficaz de prevención cuyas claves sean la educación y la motivación del paciente para que adopten métodos y conductas que garanticen una correcta higiene bucal y eviten enfermar.¹⁵

La higiene personal y colectiva en la enseñanza media superior a nivel de las aulas debe ser responsabilidad de los profesores, los padres y los prestadores de servicios en la salud para lograr un estado más saludable en estos estudiantes.¹⁵

Las enfermedades bucales constituyen un problema general de salud pública. La caries dental y las periodontopatías, por su magnitud y trascendencia, representan los principales problemas de salud bucal.

En México se cuenta con información limitada sobre la magnitud de los principales problemas bucales. Esfuerzos aislados han permitido esbozar los rasgos generales de los problemas más importantes. Diversos estudios epidemiológicos realizados recientemente indican que la prevalencia de caries en niños de México se encuentra entre 70% y 85% en la dentición permanente a los 12 años, y de 50% en la dentición temporal de los niños de 6 años, dependiendo de la población de que se trate. Según resultados parciales de la Primera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental 1996-2000, la prevalencia de caries en niños de 6 años es 61.8% y el promedio de CPOD a los doce años es 2.23. En ambos casos se observa un alto porcentaje de lesiones cariosas no tratadas.^{16,17} Con relación a las enfermedades periodontales, el conocimiento existente en México es aun más limitado. Sin embargo, diversos estudios las sitúan como una enfermedad de alta prevalencia, y que si bien se puede observar en sus etapas iniciales en los niños, se encuentran concentradas sobre todo en la población de adolescentes y adultos. Además, tanto la caries como las enfermedades periodontales presentan un carácter acumulativo que se incrementa con la edad, hecho que justifica la importancia de prevenir estas enfermedades y evitar sus consecuencias a nivel individual y familiar.¹⁸

HIPÓTESIS

No requiere por ser estudio descriptivo.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

GENERAL:

Identificar las características familiares y la salud bucal de los adolescentes del CCH Vallejo.

ESPECIFICOS

- Determinar si hay una buena o mala salud bucal en el adolescente mediante el interrogatorio y la exploración física oral.
- Determinar el perfil socio demográfico de los adolescentes
- Identificar la técnica de cepillado y uso de hilo dental en los adolescentes.
- Identificar si en este momento el adolescente percibe si padece alguna periodontopatía.
- Identificar mediante exploración física oral si en realidad el adolescente padece alguna periodontopatía.
- Identificar la tipología, dinámica y funcionalidad, cohesión y adaptabilidad de la familia del adolescente.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

POBLACIÓN DE ESTUDIO

El estudio se realizó en adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Vallejo adscrito a la Universidad Nacional Autónoma de México que se encontraron cursando el bachillerato en los turnos tanto matutino como vespertino, con una población total de 11,335.

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO

Colegio de Ciencias y Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México, plantel Vallejo. Dicho centro de estudios tiene labores académicas de lunes a viernes, desde las 7:00 a las 14:00 hrs en el turno matutino y de las 14:00 a las 21:00 hrs en el turno vespertino.

DISEÑO

TIPO DE ESTUDIO.

- EL CONTROL DE LA MANIOBRA EXPERIMENTAL POR EL INVESTIGADOR: Observacional.
- POR LA CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Prolectivo.
- POR LA MEDICIÓN DE LOS FENÓMENOS EN EL TIEMPO: Transversal.
- POR LA PRESENCIA DE UN GRUPO CONTROL: Descriptivo.
- POR LA DIRECCIÓN DEL ANÁLISIS: Transversal o encuesta.
- POR LA CEGUEDAD EN LA APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS MANIOBRAS: Abierto.

PERIODO DE ESTUDIO: octubre-noviembre 2009

CRITERIOS DE INCLUSION

- Alumnos que estuvieron cursando bachillerato en el plantel CCH Vallejo.
- Alumnos que desearon participar en el estudio bajo consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Alumnos que cursaran con alguna patología de base en ese momento, que provoque secundariamente alguna periodontopatía.
- Alumnos que se encontraran bajo la influencia de sustancias enervantes .

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Alumnos que no contestaron completa la encuesta.
- Seleccionar más de una opción de respuesta en una pregunta.
- Alumnos que no contestaron más del 20% del instrumento.
- Adolescentes que a pesar de no haber contestado completa la encuesta no permitieron la exploración física bucal.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Calculo del tamaño de la muestra bajo el programa EPI INFO VI

A partir de un estudio descriptivo se hizo de acuerdo a:

1) Quinto semestre: con un tamaño de población de 4276 con prevalencia del 15% y una delta del 10% con un nivel de confianza de 99%.

Total de alumnos = 314

2) Tercer semestre: con un tamaño de población de 3501 con prevalencia del 15% y una delta del 10% con un nivel de confianza de 99%

Total de alumnos =309

3) Primer semestre: con un tamaño de población de 3558 con prevalencia del 15% y una delta del 10% con un nivel de confianza de 99%

Total de alumnos= 309

Total del tamaño de muestra de adolescentes es: 932

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Perfil socioeconómico	Características del nivel socioeconómico de los padres y del adolescente	Se midió a través de preguntas de: Lugar de residencia , el municipio o delegación donde vive, grado escolar y ocupación del padre, grado escolar y ocupación de la madre dando la siguiente clasificación: Nivel socioeconómico: Bajo Medio bajo Medio medio Medio alto alto	Cualitativa ordinal
Edad	Periodo transcurrido en años cumplidos entre la fecha de nacimiento de la persona y la fecha al momento del estudio.	Mediante la edad actual en número de años al momento del interrogatorio directo.	Cuantitativa continua de razón.
Género	Conjunto de caracteres que distinguen a las personas en hombres o mujeres; son las características fenotípicas externas que se observan a simple vista.	1) Masculino 2) Femenino	Cualitativa nominal.
Grado escolar	Ultimo año de estudios cursado hasta el momento.	Mediante el interrogatorio se	Cualitativa nominal

		pregunto el año que cursa el adolescente	
Adaptabilidad y cohesión Faces III.	<p>Cohesión grado de vinculación emocional que tienen, los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.</p> <p>Adaptabilidad: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.</p>	<p>Mediante el instrumento FACES III se evaluó: Cohesión : Se considera de:</p> <p>1) 10 a 34 familia no relacionada 2) 35 a 40 semirelacionada 3) 41 a 45 relacionada 4) 46 a 50 aglutinada</p> <p>Adaptabilidad: 1) 10a 19 familia rígida 2) 20 a 24 estructurada 3) 25 28 flexible 4) 29 a 50 familia caótica</p>	Cualitativa Nominal
Funcionamiento familiar	<p>Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado.</p> <p>La capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.</p>	<p>Se midió con el instrumento de funcionalidad familiar evaluando la dinámica familiar en cada uno de los siguientes rubros: Centralidad, jerarquías, comunicación, afecto, limites, alianzas y modelos de control de conducta.</p>	Cualitativa Nominal.
Tipología Familiar	<p>Hace referencia a unas determinadas composiciones que permiten identificar los miembros de una familia según</p>	<p>Se midió en base a su parentesco de los integrantes familiares, se clasifico en: nuclear, nuclear simple, nuclear</p>	Cualitativa nominal

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO O PROCEDIMIENTO

1. Previa solicitud mediante oficios se planteo a los directivos de la institución educativa colegio de ciencias y humanidades plantel Vallejo, la posibilidad de realizar un estudio sobre salud bucal.

2. Mediante estos acuerdos que se tomaron conjuntamente con los directivos de la institución, se planteo como coordinador de logística a la profesora titular del curso ciencias de la salud maestra Martha Silvia Castillo Trejo.

3. Posteriormente el equipo de trabajo y la coordinadora de logística tuvo las reuniones con los profesores titulares de los grupos que fueron elegidos para la realización de este estudio con el fin de obtener su autorización para facilitar la aplicación del instrumento en el horario concertado.

4. En la fecha y horario convenido con los profesores titulares y con apoyo de la coordinadora de logística, se presento el investigador con 7 colaboradores de trabajo previamente capacitados procedentes de la UMF 20 para la aplicación del instrumento a los estudiantes del CCH-Vallejo.

5. En cada grupo se realizo la siguiente logística:

-se realizo una lectura conjunta de la hoja frontal analizando las características generales e instrucciones de este instrumento (Anexo2).

-se realizo lectura conjunta de consentimiento informado y se les pidió que firmaran el mismo dando su autorización para la aplicación del instrumento, recordando que tienen la libertad de contestar o no sin repercusión alguna (Anexo 1).

6. El instrumento utilizado contiene con los siguientes apartados: (Anexo 2).

6.1) DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS (SOCIOECONOMICOS).

Características de nivel sociocultural de los padres, lugar de residencia, nivel sociocultural de los padres.

6.2) DATOS DE LA FAMILIA.

A) ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. Es un instrumento conformado por 40 reactivos que miden la dinámica de las familias en 7 áreas y si estas son funcionales. Ellas son:

1.- Centralidad. Este término hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto.

2.- Jerarquía dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia o tomar decisiones.

3.- Límites. Son las reglas que son formuladas por las familias. También se consideraron como fronteras entre una generación y otra.

4.- Alianzas. Se llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia.

5.- Comunicación. Es el intercambio de información a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.

6.- Modos de control de la conducta. Son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de qué es bueno y qué es malo.

7.- Afectos. Las manifestaciones de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.

B) FACES III. (FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION EVALUATION SCALE). El FACES III es un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 preguntas impares para adaptabilidad y 10 preguntas pares para cohesión).

Fue traducida al español por Gómez-Clavelina.

C) TIPOLOGIA FAMILIAR: De acuerdo a los ítems 10 a 17 que vienen en el instrumento (anexo 2) se identifico la tipología familiar la cual hace referencia a unas determinadas composiciones que permiten identificar los miembros de una familia según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto.

6.3) SALUD BUCAL: consta de 6 reactivos donde se evaluó por interrogatorio la frecuencia de cepillado bucal ,la utilización de hilo dental , la técnica de cepillado , visita odontológica, o si tenían conocimiento de padecer alguna enfermedad bucal como : gingivitis, calculo , caries , halitosis.

7. Posteriormente a que los alumnos terminaron el llenado del instrumento, se reviso que se encuentre sin ninguna omisión de respuesta.

8. Al final mediante una inspección bucal se utilizo abatelenguas y lámpara de exploración y se corrobora clínicamente si realmente o no padece alguna de estas patologías y se determino si es buena o mala la salud bucal.

9. Finalmente se agradeció verbalmente a los alumnos su participación en dicho estudio.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se realizo mediante estadística descriptiva: para variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y para cualitativas frecuencias y porcentajes, se utilizo el programa SPSS versión 15.

RESULTADOS

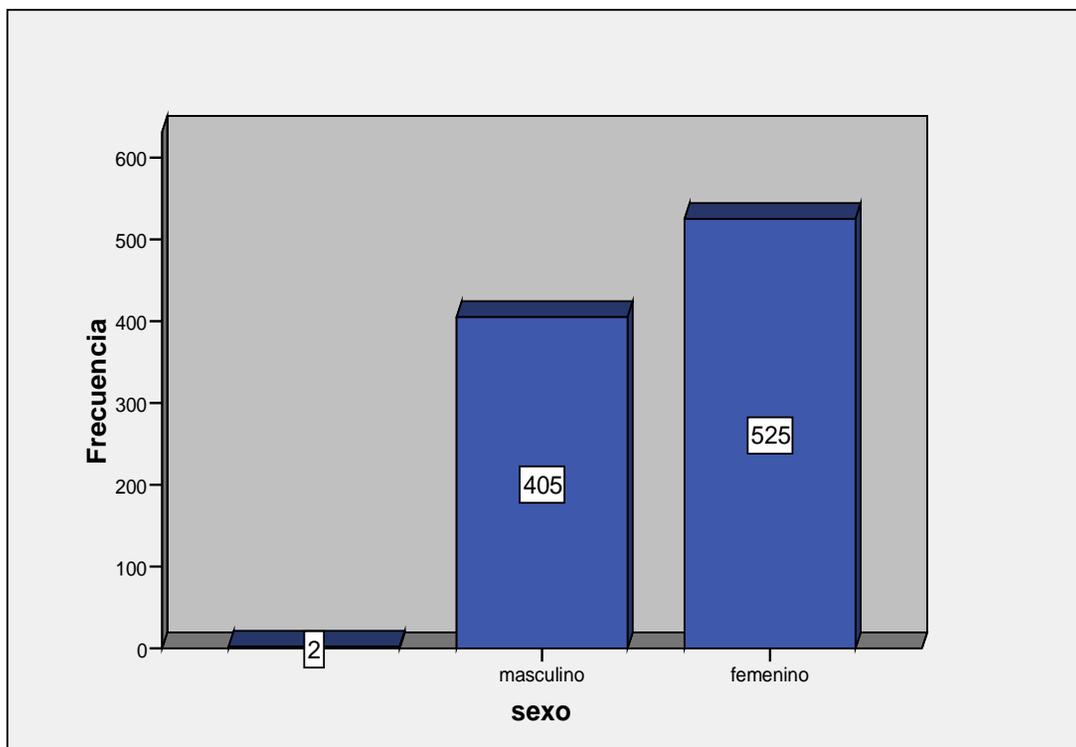
1.-DATOS DEMOGRAFICOS DE LA MUESTRA

1.1 SEXO

La muestra estuvo constituida por 932 sujetos de los cuales 56.3%(N=525) son mujeres y 43.5%(n=405) son hombres y el .2% no contestaron (Grafica1) :

GRAFICA 1

sexo

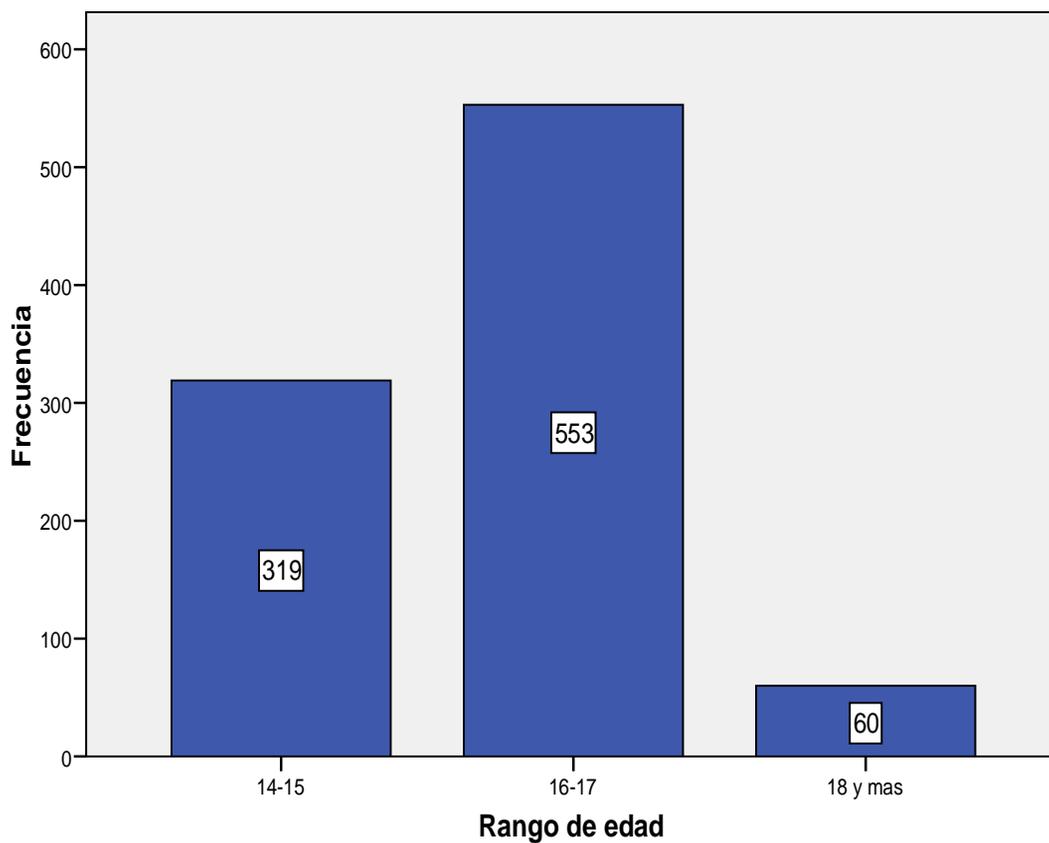


1.2 EDAD

La edad mínima fue de 14 y la máxima de 18, moda de 16, mediana 16.07, media de 16 DS±1.09. Por rangos de edad el 34.2%(n=319) fueron de 14-15; 16-17 años 59.3%(n=533) y de 18 y más años 6.4%(n=60) (Grafica 2).

GRAFICA 2

EDAD

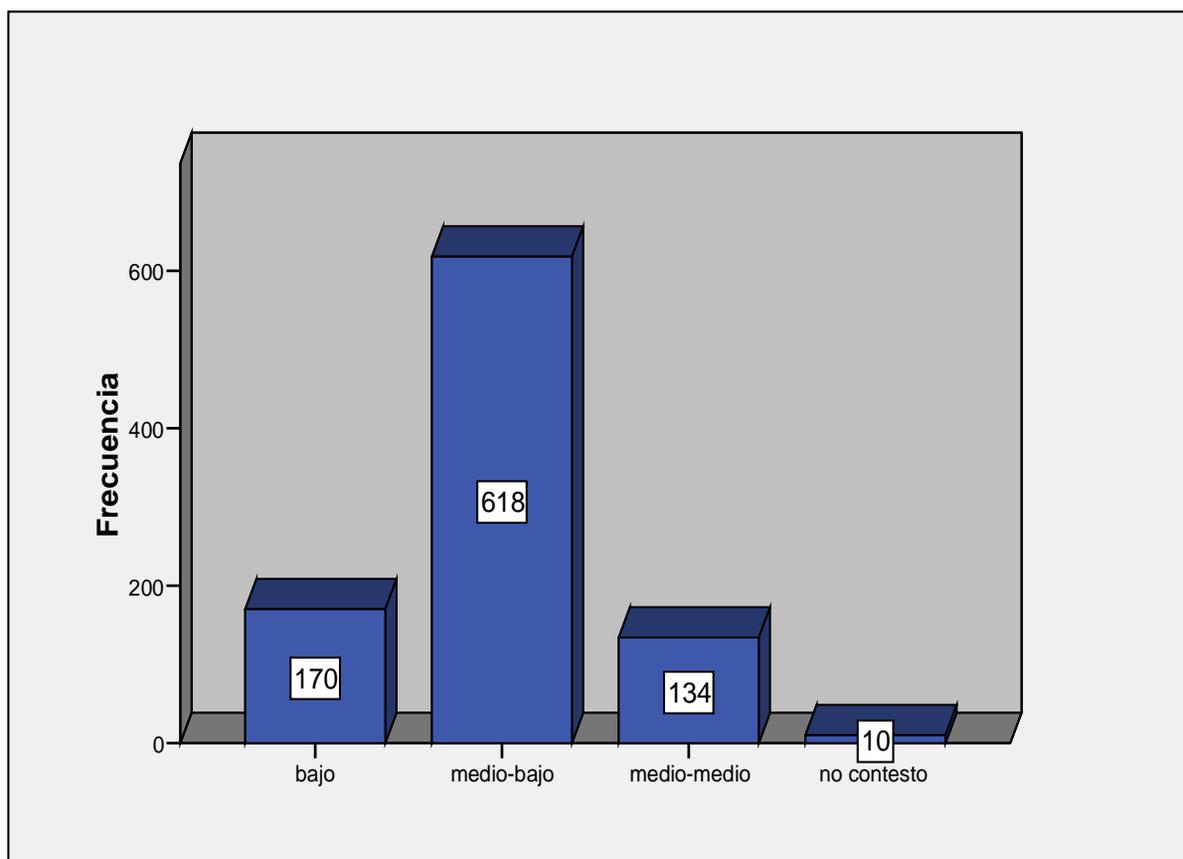


1.3 NIVEL SOCIOECONOMICO

El nivel socioeconómico de los estudiantes fue medio-bajo el 66.3% (n=618) el bajo con 18.2% (n=170), medio-medio 14.4%(n=134).(Grafica 3).

GRAFICA 3

Nivel socioeconomico



1.4 ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

En relación a la escolaridad de los padres se percibió que la gran mayoría de las madres de los alumnos encuestados curso secundaria completa 18.8% (n= 175), carrera técnica 16.4% (n=153) y los padres universidad completa 15.7% (146), secundaria completa 15.3% (n=143). (Ver cuadro 1).

CUADRO 1

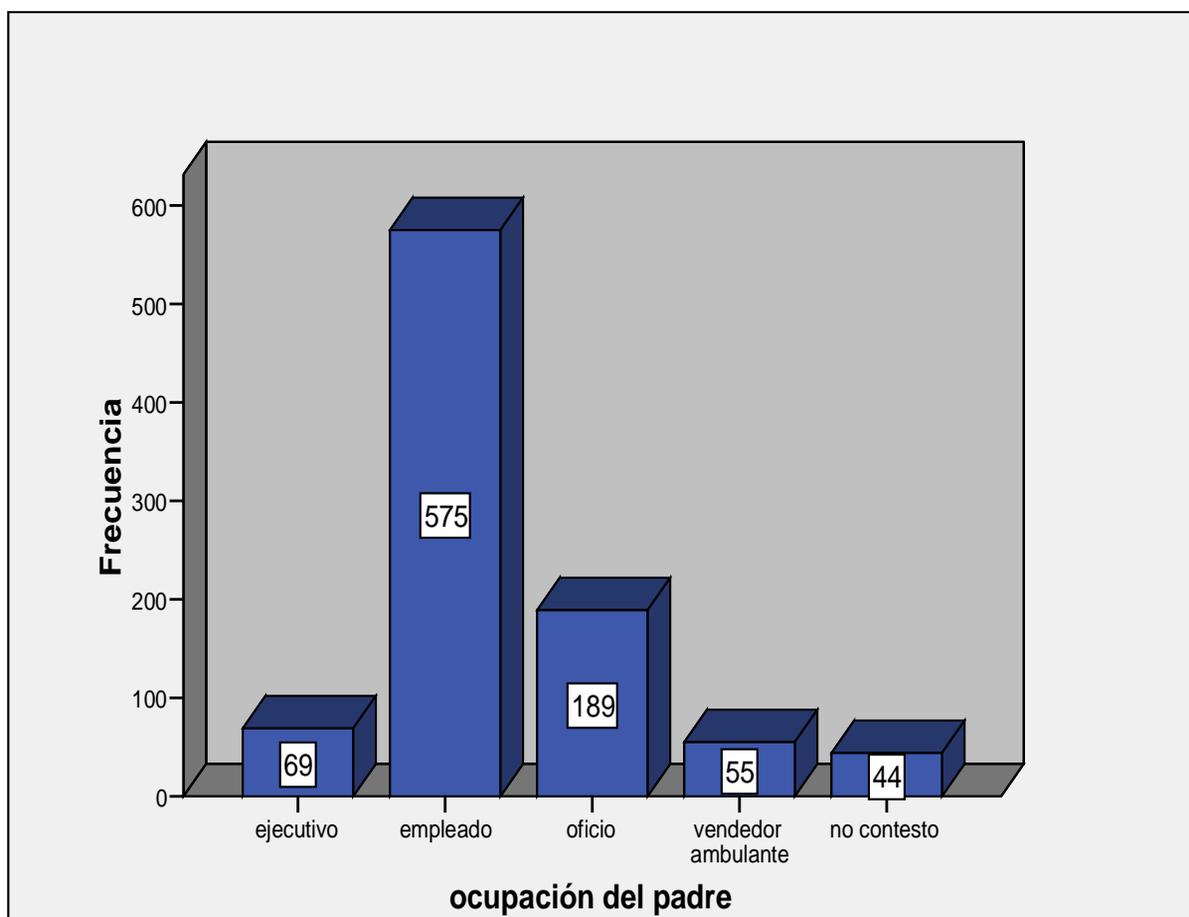
Grado de estudios	Mama		Papa	
	%	n=932	%	n= 932
No estudio	1.2	11	0.8	7
Primaria incompleta	4.8	45	4.1	38
Primaria completa	10.5	98	9.0	84
Secundaria incompleta	4.4	41	4.1	38
Secundaria completa	18.8	175	15.3	143
Preparatoria incompleta	10.3	96	13.5	126
Preparatoria completa	14.4	134	14.8	138
Universidad incompleta	3.9	36	6.8	63
Universidad completa	11.7	109	15.7	146
Postgrado	3.4	32	6.0	56
Carrera técnica	16.4	153	8.9	83
No contesto	0.2	2	1.1	10

1.5 OCUPACION DE LOS PADRES

En relación a la ocupación del padre el 61.7%(n=575) son empleados y el 20.3%(n=189) desempeñan un oficio. (Grafica 4).

GRAFICA 4

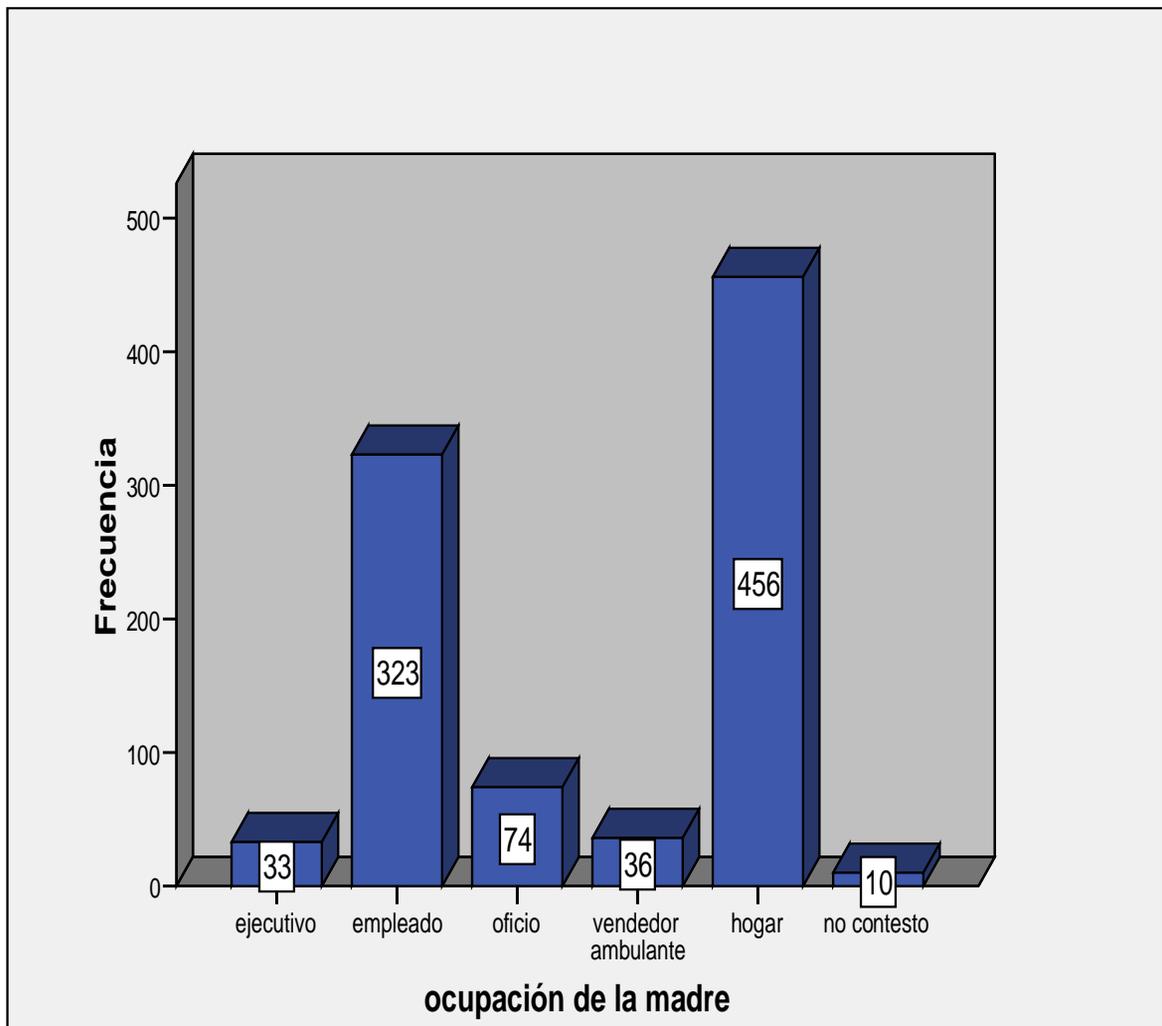
Ocupación del padre



La ocupación de la madre dedicada al hogar fue el 48.9%(n=456) y el 34.7%(n=323) es empleada, (Grafica 5).

GRAFICA 5

Ocupación de la madre

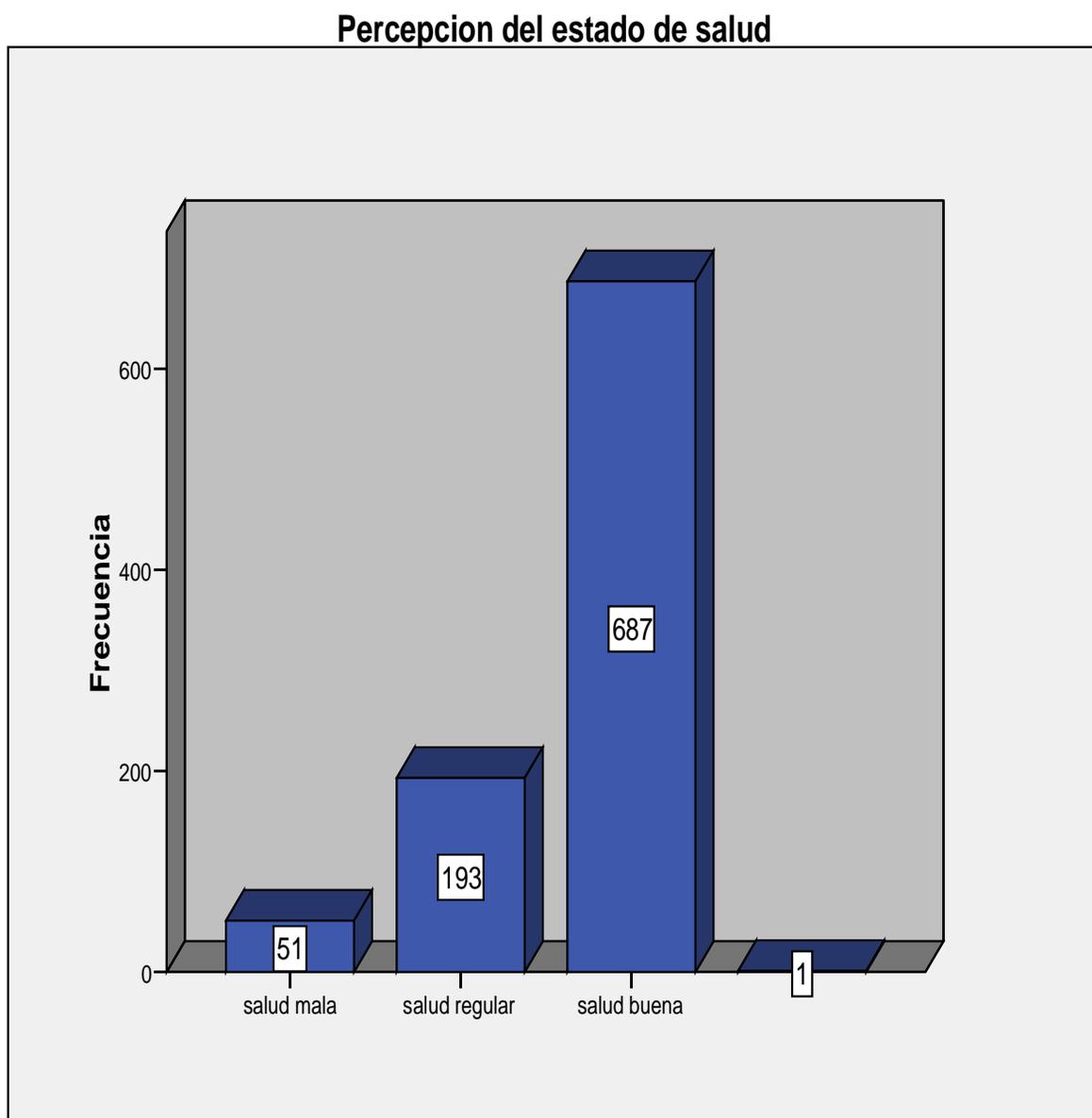


2. DATOS CLINICOS

2.1 PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD

En base a la percepción del estado de salud de los adolescentes encuestados se obtuvo que el 73.8%(n=687) percibió su estado de salud como bueno y el 20.7%(n=193) regular. (Gráfica 6).

GRAFICA 6



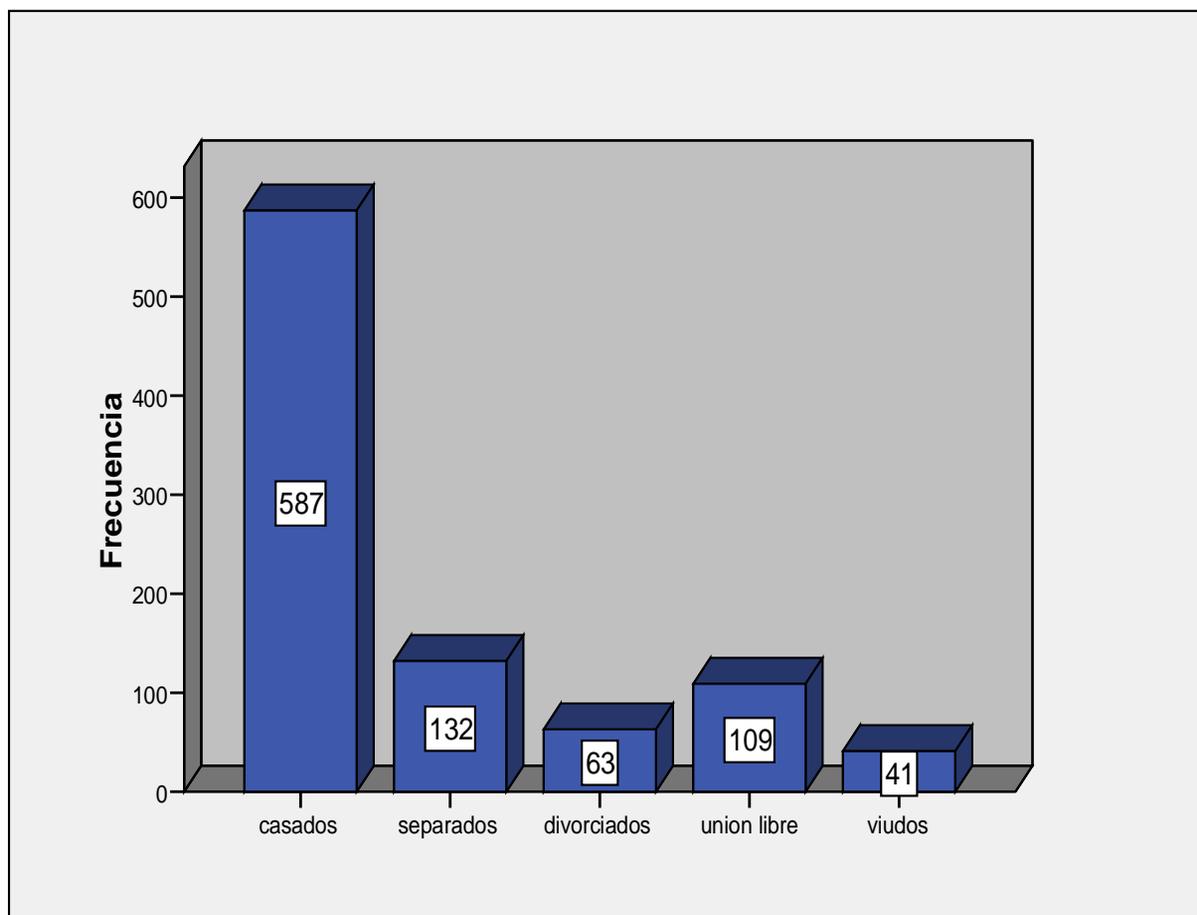
3. CARACTERISTICAS FAMILIARES

3.1 ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

En relación al estado civil de los padres de los adolescentes el 63%(n=587) fueron casados y el 14.2%(n=132) separados (Grafica 7).

GRAFICA 7

Estado civil de los padres

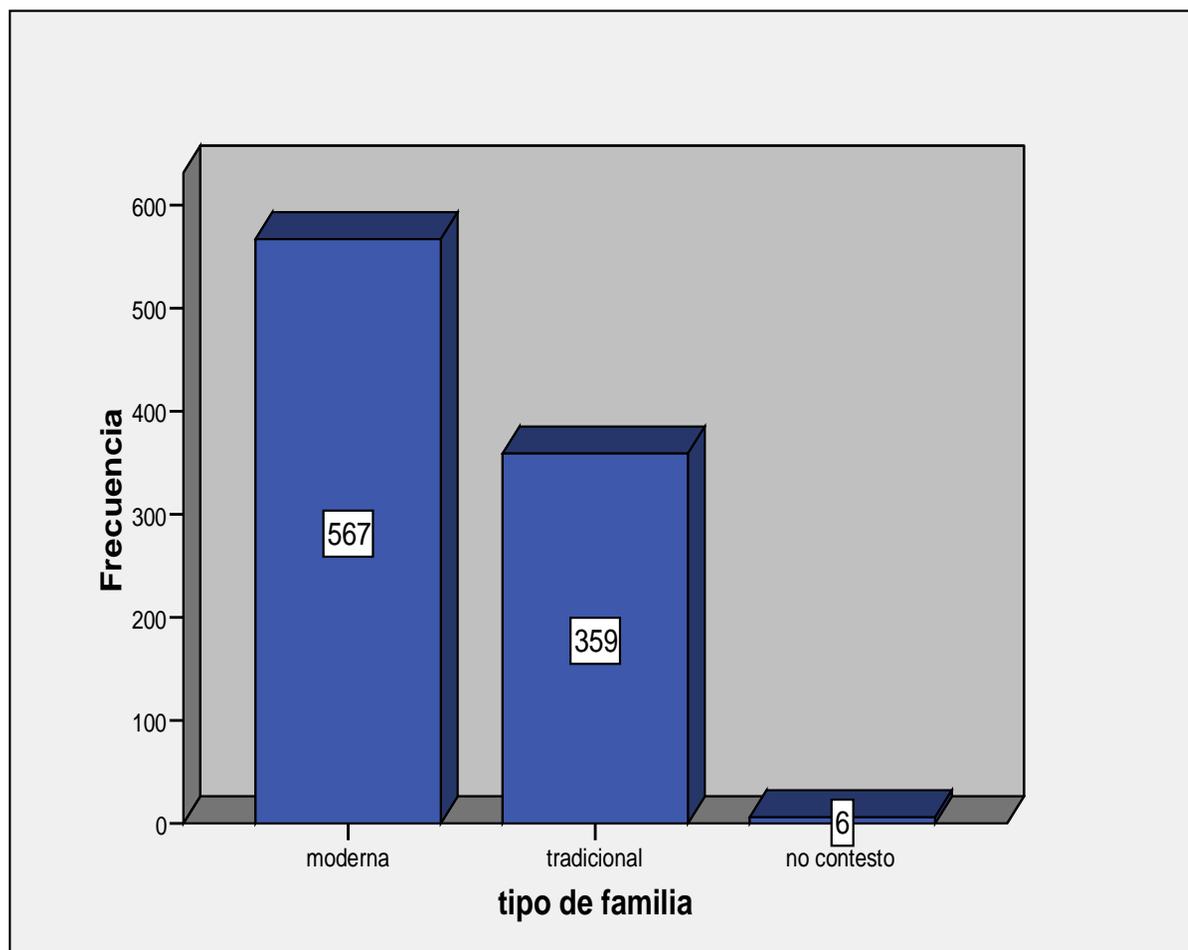


3.2 TIPOLOGIA FAMILIAR

El tipo de familia de acuerdo al apoyo económico de la madre el 60.8%(N=567) contribuían al gasto familiar; en tanto que el 46.3% (n= 359) de los padres participaba en los quehaceres domésticos. Lo cual ubica a estas familias como modernas de acuerdo al rol materno. (Grafica 8).

GRAFICA 8

Tipo de familia

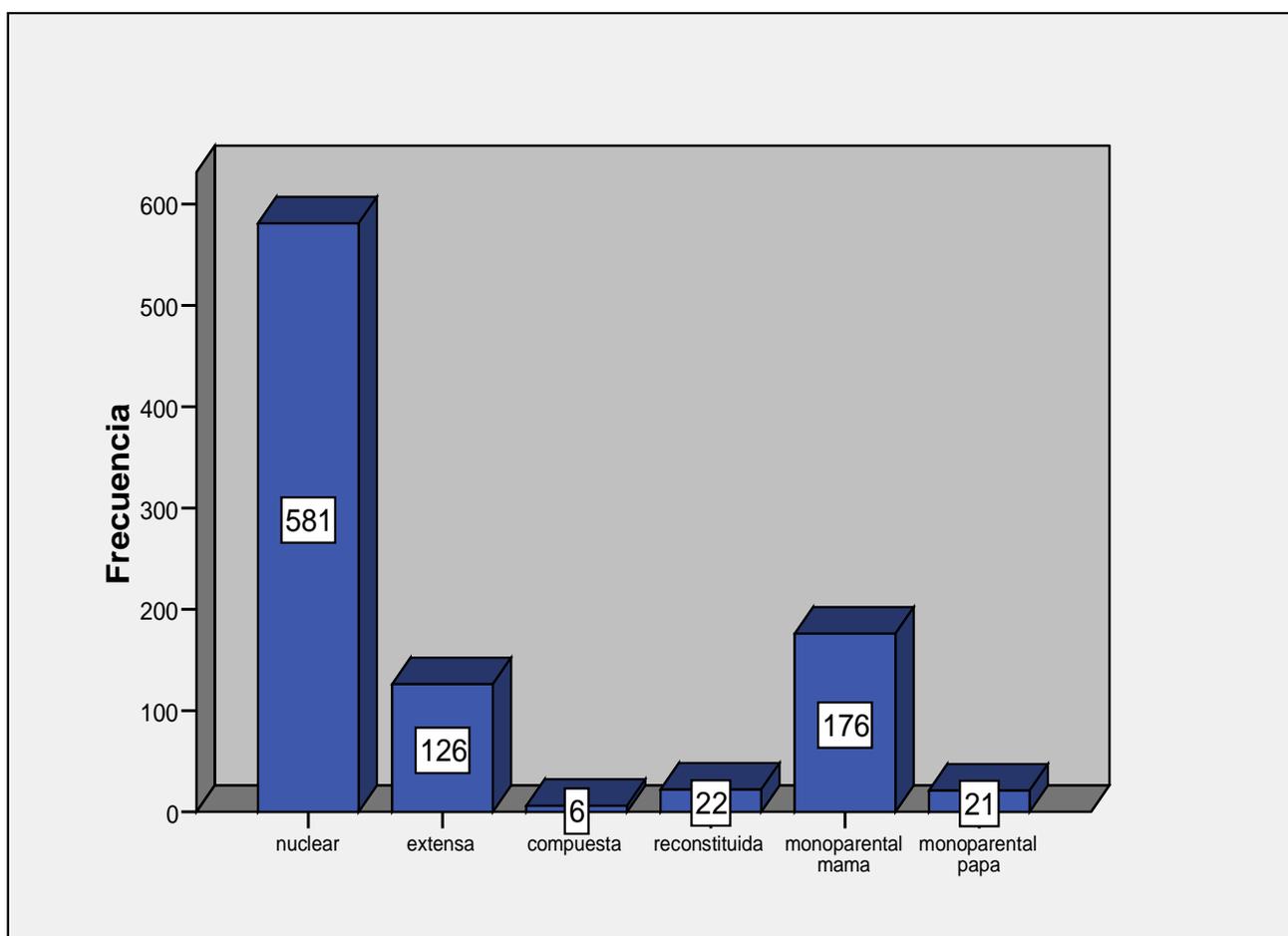


3.3 ESTRUCTURA FAMILIAR

En la estructura familiar de las familias se observó de tipo nuclear el 62.3%(n=581), el 13.5%(n=126) extensa, compuesta 0.6%(n=6), reconstituida 2.4%(n=22), monoparental papa 2.3%(n=21), y monoparental mama 18.9%(n=176) (Grafica 9):

GRAFICA 9

Tipo de familia

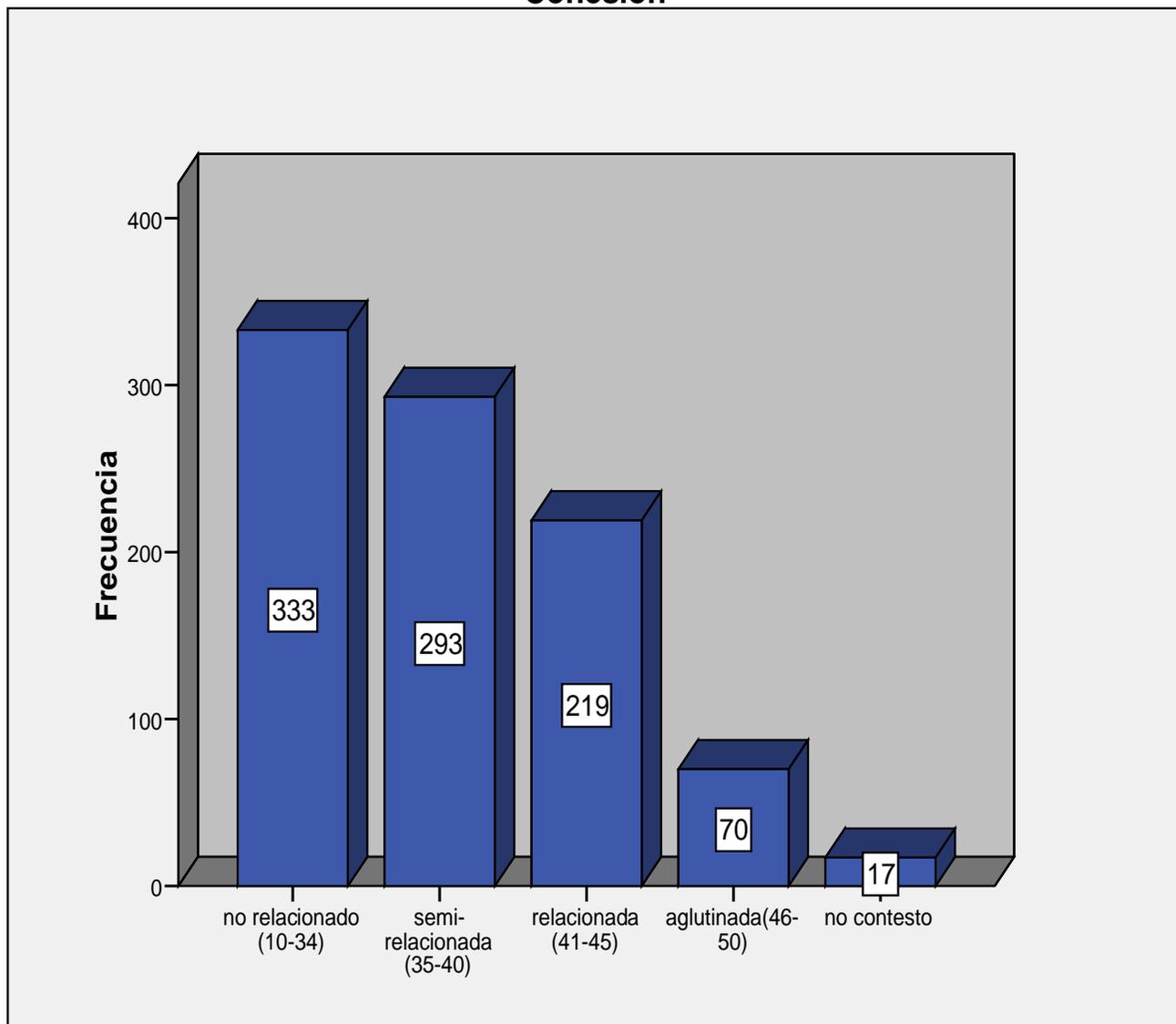


4. COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III)

Cohesión familiar: no relacionada 35.7%(n=333), semi-relacionada 31.4%(n=293), relacionada 23.5%(n=219) y aglutinada 7.5%(n=70). (Grafica 10).

GRAFICA 10

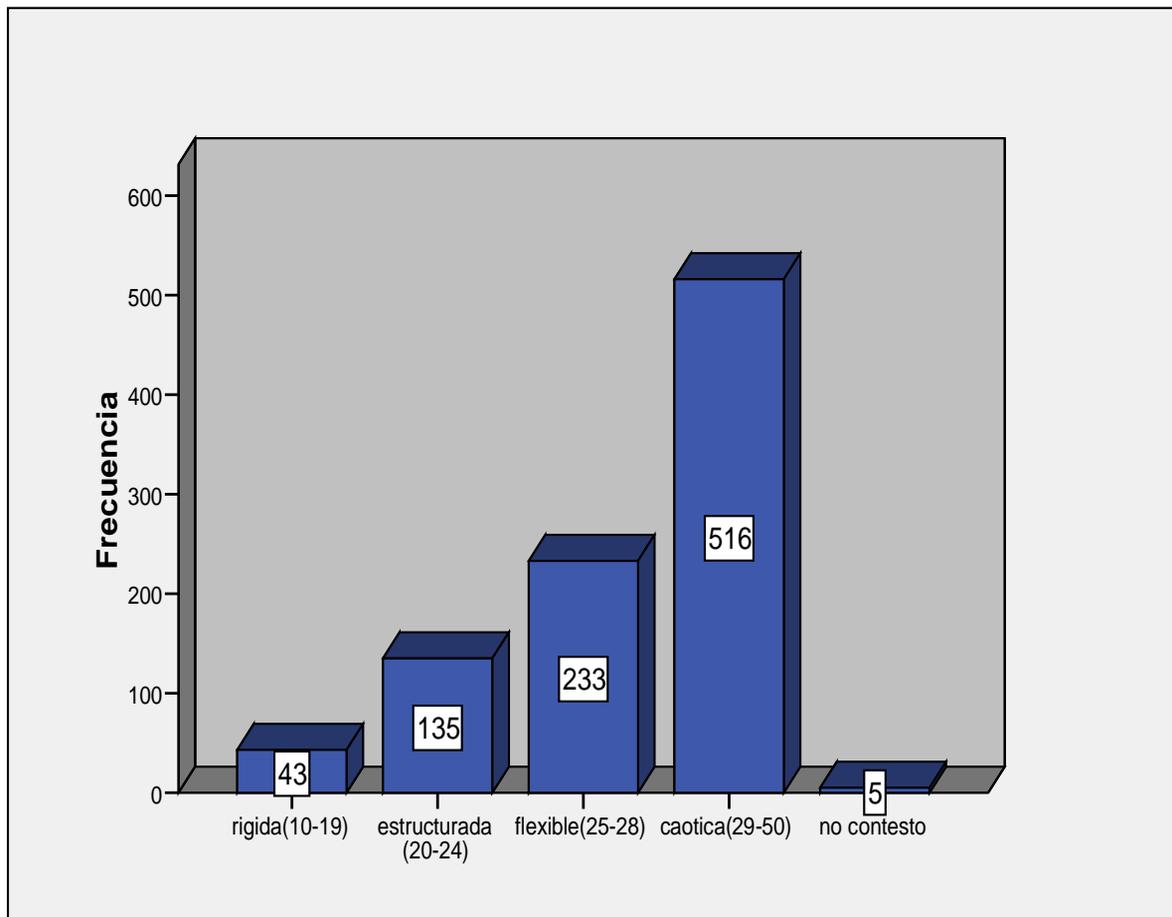
Cohesión



En adaptabilidad se percibió familias caóticas 55.4% (n=516), flexibles 25% (n=233), estructuradas 14.5%(n=135) y rígidas 4.6%(n=43). (Grafica 11).

GRAFICA 11

Adaptabilidad



5. FUNCIONALIDAD DE LA DINAMICA FAMILIAR

La dinámica familiar presento disfuncionalidad en jerarquía un 47.3% (n= 441), centralidad 53.1% (n=495), límites 62.4% (n=582), control de conductas 54.7% (n=510), alianzas 49.9% (n=465), afecto 48.5 (n=452) y comunicación 59.4% (n=554). (Ver cuadro 2).

CUADRO 2

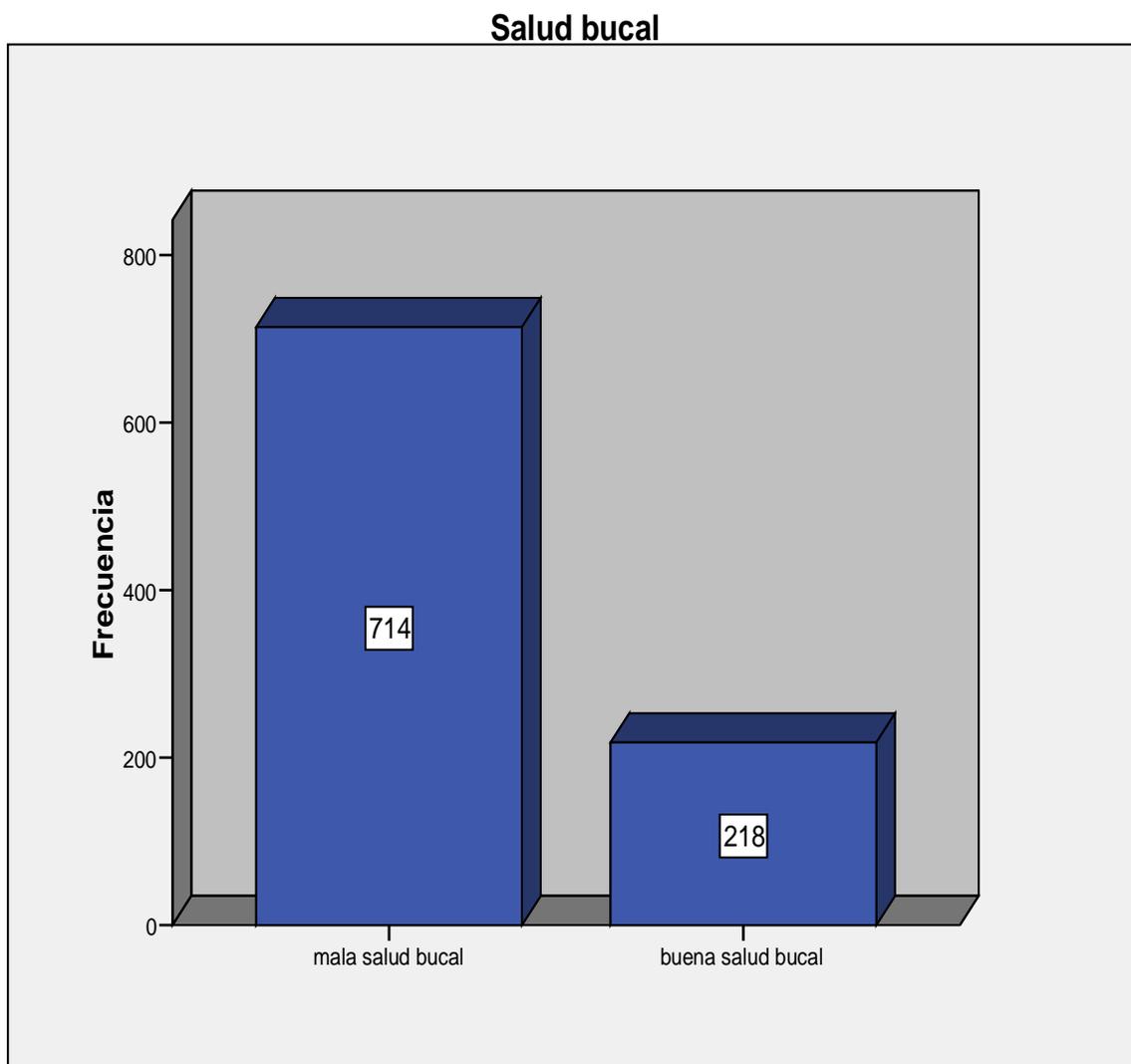
	%	n= 932
JERARQUIA		
<i>disfuncional</i>	47.3	441
<i>Medianamente disfuncional</i>	23	214
<i>funcional</i>	29.1	271
<i>No contesto</i>	0.6	6
CENTRALIDAD		
<i>Disfuncional</i>	53.1	495
<i>Medianamente disfuncional</i>	28.6	267
<i>Funcional</i>	17.8	166
<i>No contestó</i>	0.4	4
LIMITES		
<i>Disfuncional</i>	62.4	582
<i>Medianamente disfuncional</i>	15	140
<i>Funcional</i>	22.2	207
<i>No contestó</i>	0.3	3
CONTROL DE CONDUCTAS		
<i>Disfuncional</i>	54.7	510
<i>Funcional</i>	44.4	414
<i>No contesto</i>	0.9	8
ALIANZAS		
<i>Disfuncional</i>	49.9	465
<i>Medianamente disfuncional</i>	16	149
<i>Funcional</i>	33.7	314
<i>No contestó</i>	0.4	4
AFECTOS		
<i>disfuncional</i>	48.5	452
<i>Medianamente disfuncional</i>	23.8	222
<i>Funcional</i>	26.8	250
<i>No contestó</i>	0.9	8
COMUNICACION		
<i>Disfuncional</i>	59.4	554
<i>Funcional</i>	39.8	371
<i>No contesto</i>	0.8	7

6. HIGIENE BUCAL

6.1 HIGIENE TOTAL

En relación a la exploración bucal de los adolescentes se observó que 76.6%(n=714) presentaron mala salud bucal y 23.4%(n=218) buena (Grafica 12).

GRAFICA 12

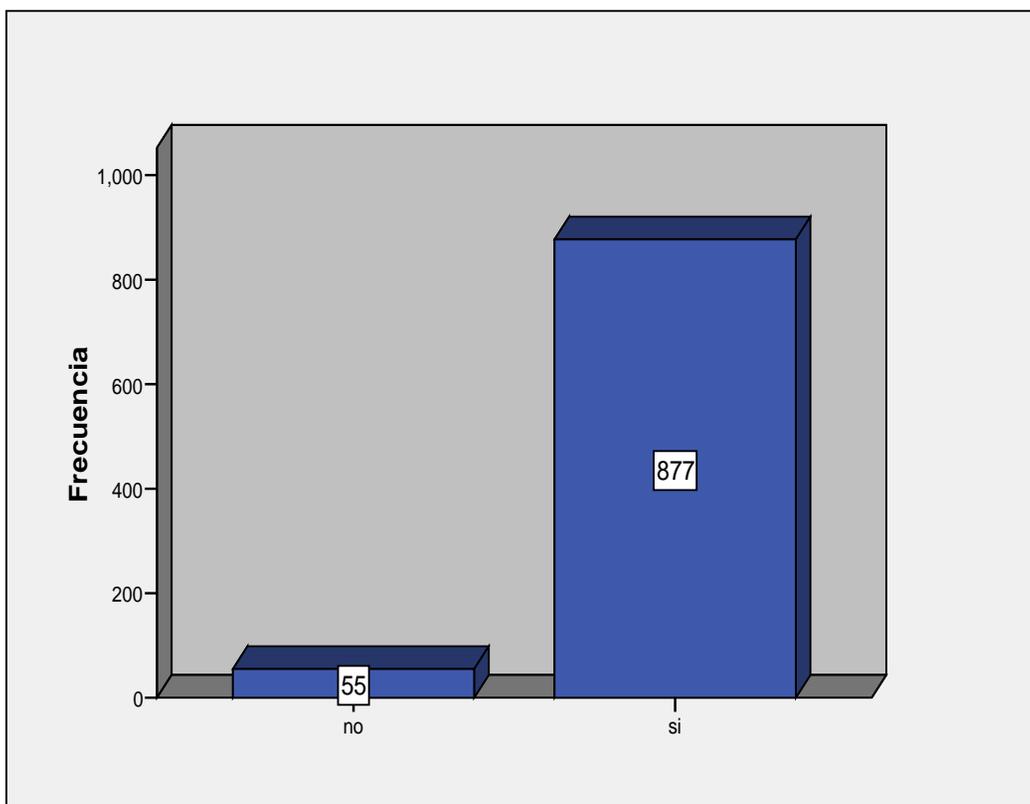


6.2 HIGIENE BUCAL

En relación a la frecuencia del cepillado bucal el 94.1%(n=877) se cepilla los dientes (Grafica 13).

GRAFICA 13

Frecuencia de cepillado bucal

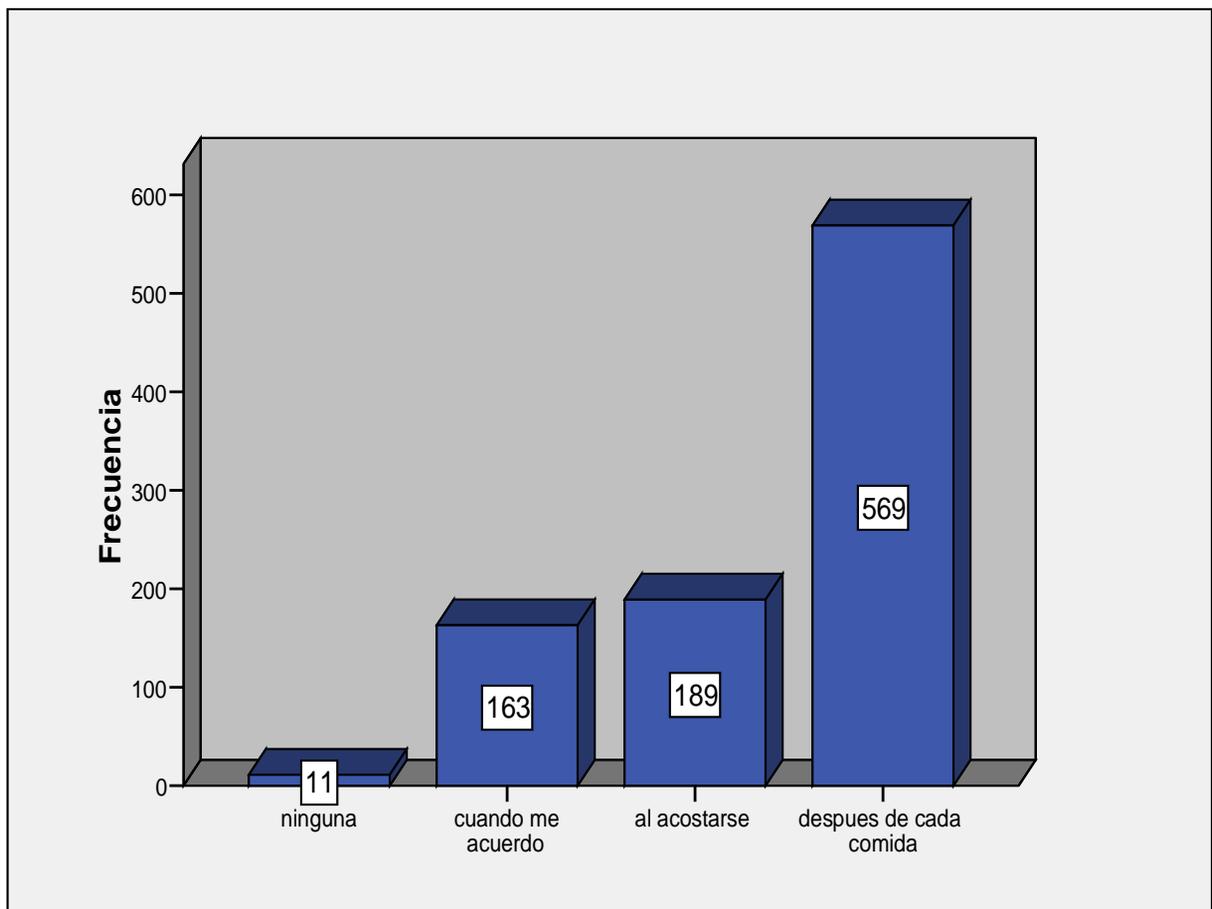


6.3 FRECUENCIA DE CEPILLADO DENTAL

En el 61.1%(n=569) se cepilla los dientes después de cada comida, 20.3%(n=189) solo al acostarse (Grafica 14).

GRAFICA 14

Cepillado bucal

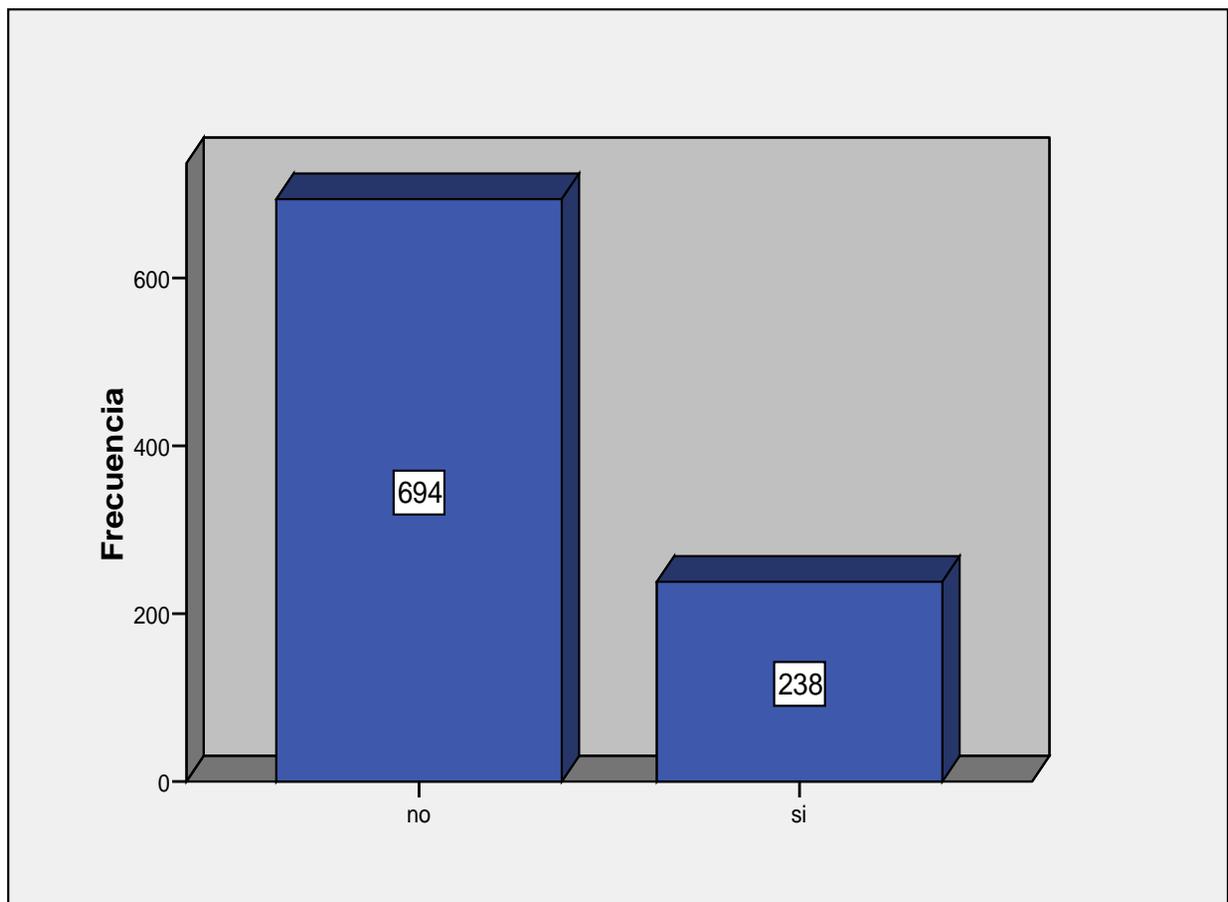


6.4 UTILIZACION DE HILO DENTAL

En base a la utilización del hilo dental como parte de la higiene bucal se observo que el 74.5%(n=694) no lo utiliza (Grafica 15).

GRAFICA 15

Utilizacion de hilo dental

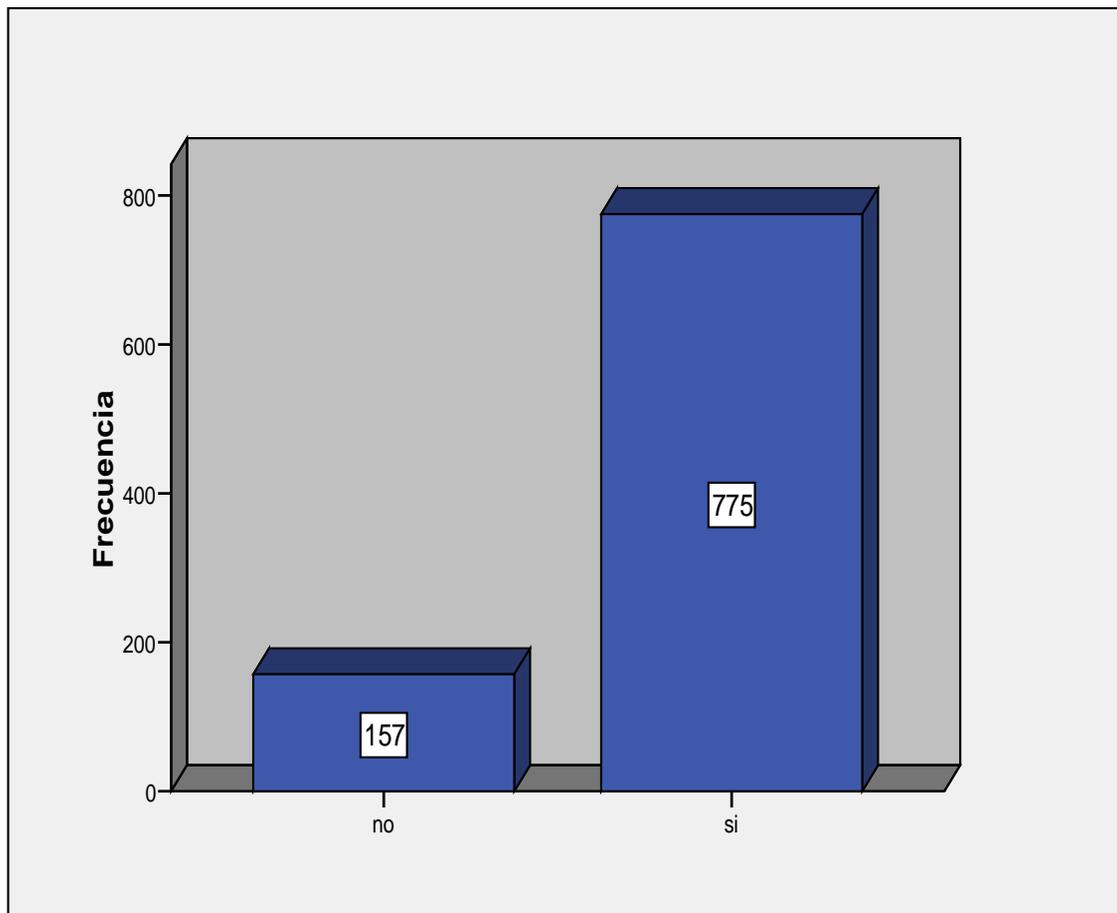


6.5 TECNICA DE CEPILLADO DENTAL

En relación de la percepción que se tiene sobre la técnica de cepillado dental el 83.2%(n=775) refirió que realiza una adecuada técnica (Grafica 16).

GRAFICA 16

Percepción tecnica de cepillado dental

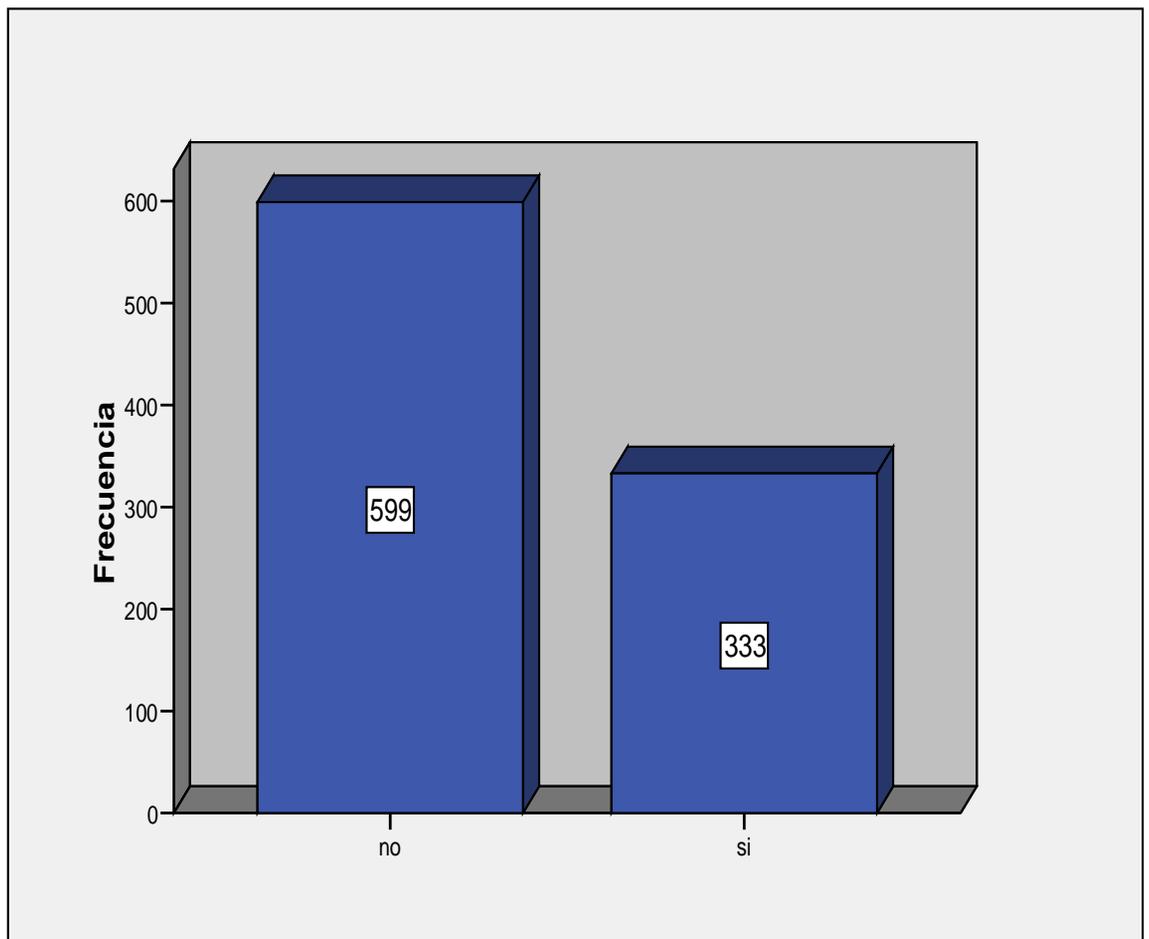


6.6 VISITA SEMESTRAL ODONTOLOGICA

Solo el 35.7% (n=333) acude al odontólogo cada seis meses y el 64.3%(n=599) no. (Grafica 17).

GRAFICA 17

Visita semestral odontologica

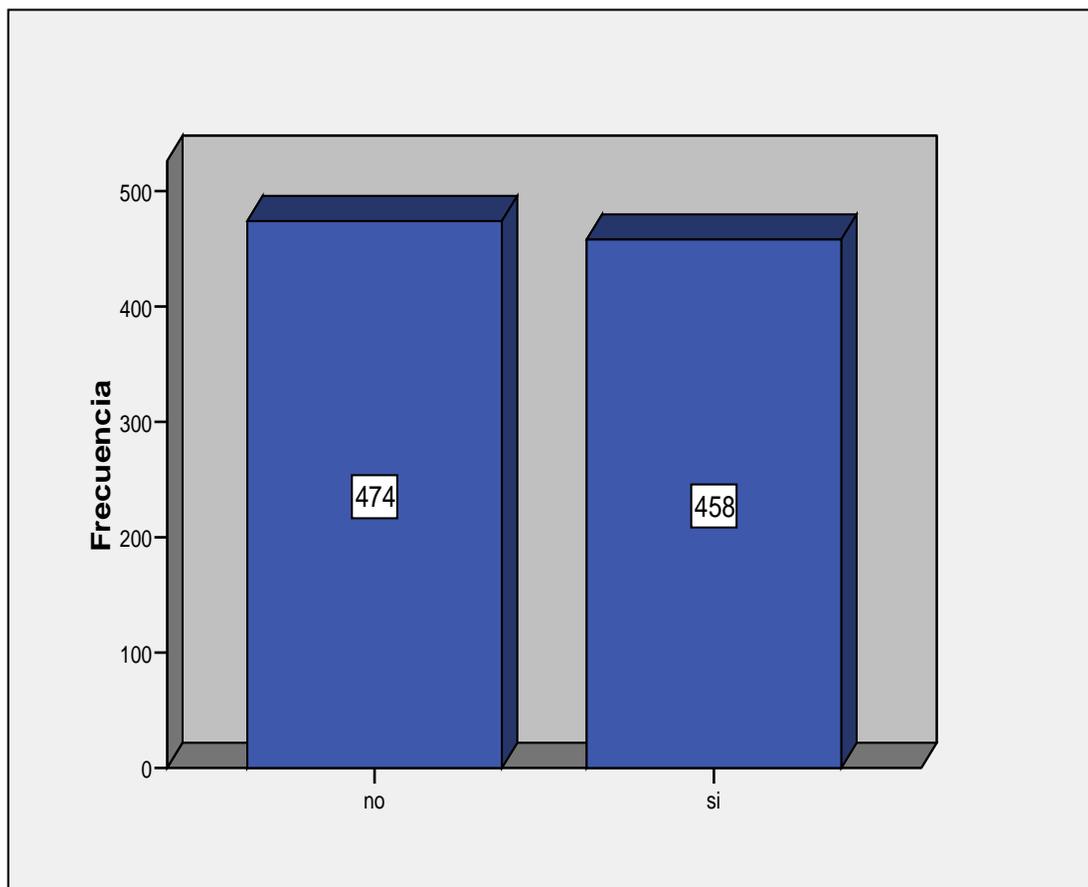


6.7 PRESENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

El 50.9%(n=474) no se sabe con alguna periodontopatía; el 49.1%(n=458) si sabe de su enfermedad bucal. (Grafica 18).

GRAFICA 18

Presencia de enfermedad periodontal



6.8 EXPLORACION BUCAL

En la exploración bucal dentro de las periodontopatías mas frecuentes tenemos que 58.4%(N=544) presenta gingivitis ,43.1% (n=403) sarro ,34.1%(n=318) caries y 19.7%(n=184) obturación. (Ver cuadro 3).

CUADRO 3.FRECUENCIA DE PERIODONTOPATIAS A LA EXPLORACION BUCAL

EXPLORACION BUCAL	N=(932)	%
PERIODONTOPATIA		
CARIES		
SI	318	34.1
NO	614	65.9
OBTURACION		
SI	184	19.7
NO	748	80.3
SARRO		
SI	402	43.1
NO	530	56.9
GINGIVITIS		
SI	544	58.4
NO	388	41.6

7. SALUD BUCAL Y CARACTERISTICAS DE LOS ADOLESCENTES

Los adolescentes con **mala salud** bucal fueron con rango de edad 15-17 61.3%(n=438), del sexo femenino 57.8% (n=413), de quinto semestre 34%(n=243), de primero 33.9%(n=242) y tercero 32.1%(n=229). Con nivel socioeconómico medio-bajo 66%(n=471). Los que se perciben con buen estado de salud 72.7%(n=519). Pertenecen a familia nuclear 61.9%(n=442) ,familia moderna 62%(n=443), dinámica familiar disfuncional en jerarquía 46.9%(n=335), centralidad 53.8%(n=384), limites 64.8%(n=463), control 54.3%(n=338), alianzas 51.1%(n=368), afectos 47.5%(n=339), comunicación 60.2%(n=430); con cohesión no relacionada 37.5%(n=268), adaptabilidad caótica 56.3%(n=402) .Con presencia de caries 35.6% ,(n=254) , sin sarro 45.1%(n=322), obturación 17.6%(n=126) y gingivitis 58.5%(n=418). Realizan cepillado dental 92.9% (n=663), no usan hilo dental 87%(n=621), percibían realizar buena técnica de cepillado 80%(n=571), cepillado después de cada comida 51.3%(n=366); acudían a visita semestral odontológica 80.4%(n=574), no se sabían con alguna periodontopatía 59.5%(n=425). (Ver cuadros 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,11).

Los adolescentes con **buena salud** bucal fueron con rango de edad 15-17 52.8%(n=115), del sexo femenino 51.4% (n=112), de primer semestre 38.1%(n=83). Con nivel socioeconómico medio-bajo 67.4%(n=147). Los que se perciben con buen estado de salud 77.4%(n=168). Pertenecen a familia nuclear 63.8%(n=139) ,familia moderna 56.9%(n=124), dinámica familiar disfuncional en jerarquía 48.6%(n=106), centralidad 50.9%(n=111), limites 54.6%(n=119), control 56%(n=122), alianzas 44.5%(n=97), afectos 51.8%(n=113), comunicación 56.9%(n=124); con cohesión semi-relacionada 37.2%(n=81), adaptabilidad caótica 52.3%(n=114) .Con presencia de caries 29.4% ,(n=64) , sin sarro 63.3%(n=138),obturación 26.6%(n=58) y gingivitis 57.8%(n=126). Realizan cepillado dental 98.2% (n=214), no usan hilo dental 33.5%(n=73), percibían realizar buena técnica de cepillado 93.6%(n=204), cepillado después de cada comida 93.1%(n=203); acudían a visita semestral odontológica 80.4%(n=574), no se sabían con alguna periodontopatía 59.5%(n=425). (Ver cuadros 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,11).

CUADRO 4. SALUD BUCAL CON CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

	MALA SALUD BUCAL		BUENA SALUD BUCAL		Ji ²
	%	N= 714	%	N=218	
EDAD					
14-15	33.1	236	38.1	83	.037
15-17	61.3	438	52.8	115	
18 y mas	5.6	40	9.2	20	
SEXO					
Femenino	57.8	413	51.4	112	.165
Masculino	41.9	299	48.6	106	
No contesto	0.3	2	0.0	0	
GRADO O SEMESTRE					
Primero	33.9	242	38.1	83	.193
Tercero	32.1	229	34.3	75	
Quinto	34.0	243	27.5	60	
NIVEL SOCIOECONOMICO					
Bajo	18.5	132	17.4	38	.973
Medio-bajo	66.0	471	67.4	147	
Medio-medio	14.4	103	14.2	31	
No contesto	1.1	8	0.9	2	

CUADRO 5. PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD CON SALUD BUCAL

ESTADO DE SALUD EN CATEGORIAS	MALA SALUD BUCAL		BUENA SALUD BUCAL		Ji ²
	%	N=714	%	N=218	
Salud Mala	5.6	40	5.1	11	.367
Salud Regular	21.7	155	17.5	38	
Salud Buena	72.7	519	77.4	168	

CUADRO 6. TIPOLOGIA FAMILIAR CON SALUD BUCAL

TIPOLOGIA FAMILIAR	MALA SALUD BUCAL		BUENA SALUD BUCAL		J^2
	%	n=714	%	n=218	
<i>Nuclear</i>	61.9	442	63.8	139	.816
<i>Extensa</i>	13.3	95	14.2	31	
<i>compuesta</i>	0.6	4	0.9	2	
<i>Reconstituida</i>	2.2	16	2.8	6	
<i>Mono parental mama</i>	19.5	139	17	37	
<i>Mono parental papa</i>	2.5	18	1.4	3	

CUADRO 7. TIPO DE FAMILIA DE ACUERDO AL ROL MATERNO

	MALA SALUD BUCAL		BUENA SALUD BUCAL		J^2
	%	N=714	%	N=218	
<i>Moderna</i>	62	443	56.9	124	.341
<i>Tradicional</i>	37.3	266	42.7	93	
<i>No contesto</i>	0.7	5	0.5	1	

CUADRO 8. LA DINAMICA FAMILIAR Y SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES

	MALA SALUD BUCAL		BUENA HIGIENE BUCAL		Ji²
	%	N=714	%	N=218	
JERARQUIA					
<i>disfuncional</i>	46.9	335	48.6	106	.526
<i>Medianamente disfuncional</i>	23.4	167	21.6	47	
<i>funcional</i>	28.9	206	29.8	65	
<i>No contesto</i>	0.8	6	0.0	0	
CENTRALIDAD					
<i>Disfuncional</i>	53.8	384	50.9	111	.098
<i>Medianamente disfuncional</i>	29.4	210	26.1	57	
<i>Funcional</i>	16.2	116	22.9	50	
<i>No contestó</i>	0.6	4	0.0	0	
LIMITES					
<i>Disfuncional</i>	64.8	463	54.6	119	.022
<i>Medianamente disfuncional</i>	14.8	106	15.6	34	
<i>Funcional</i>	20	143	29.4	64	
<i>No contestó</i>	0.3	2	0.5	1	
CONTROL					
<i>Disfuncional</i>	54.3	338	56	122	.721
<i>Funcional</i>	44.7	319	43.6	95	
<i>No contesto</i>	1.0	7	0.5	1	
ALIANZAS					
<i>Disfuncional</i>	51.5	368	44.5	97	.167
<i>Medianamente disfuncional</i>	15.1	108	18.8	41	
<i>Funcional</i>	32.8	234	36.7	80	
<i>No contestó</i>	0.6	4	0.0	0	
AFECTOS					
<i>disfuncional</i>	47.5	339	51.8	113	.424
<i>Medianamente disfuncional</i>	24.8	177	20.6	45	
<i>Funcional</i>	27	193	26.1	57	
<i>No contestó</i>	0.7	5	1.4	3	
COMUNICACION					
<i>Disfuncional</i>	60.2	430	56.9	124	.661
<i>Funcional</i>	39.1	279	42.2	92	
<i>No contesto</i>	0.7	5	0.9	2	

CUADRO 9. ADAPTACIÓN Y COHESIÓN FAMILIAR CON SALUD BUCAL

DINAMICA FAMILIAR	MALA SALUD BUCAL		BUENA HIGIENE BUCAL		J²
	%	N=714	%	N=218	
COHESION					
<i>No relacionada</i>	37.5	268	29.8	65	.013
<i>Semi-relacionada</i>	29.7	212	37.2	81	
<i>Relacionada</i>	23.4	167	23.9	52	
<i>aglutinada</i>	8.1	58	5.5	12	
<i>No contesto</i>	1.3	9	3.7	8	
ADAPTABILIDAD					
<i>Rígida</i>	4.2	30	6.0	13	.642
<i>Estructurada</i>	14.3	102	15.1	33	
<i>Flexible</i>	24.8	177	25.7	56	
<i>Caótica</i>	56.3	402	52.3	114	
<i>No contesto</i>	0.4	3	0.9	2	

CUADRO 10. ENFERMEDAD PERIODONTAL Y SALUD BUCAL

ENFERMEDAD PERIODONTAL	Mala salud bucal		Buena salud bucal		J²
	%	N=714	%	N=218	
CARIES					
Si	35.6	254	29.4	64	.090
No	64.4	460	70.6	154	
OBTURACION					
Si	17.6	126	26.6	58	.004
No	82.4	588	73.4	160	
SARRO					
Si	45.1	322	36.7	80	.028
No	54.9	392	63.3	138	
GINGIVITIS					
Si	58.5	418	57.8	126	.845
No	41.5	296	42.2	92	

CUADRO 11. ACCIONES QUE REALIZA EL ADOLESCENTE Y SALUD BUCAL

	Mala salud bucal		Buena salud bucal		<i>J</i> ²
	%	N=714	%	N=218	
CEPILLADO DENTAL					
Si	92.9	663	98.2	214	.001
No	7.1	51	1.8	4	
USO DE HILO DENTAL					
Si	13	93	66.5	145	.000
No	87	621	33.5	73	
PERCEPCION BUENA TECNICA DE CEPILLADO DENTAL					
Si	80	571	93.6	204	.000
No	20	143	6.4	14	
VISITA SEMESTRAL ODONTOLOGICA					
Si	19.6	140	88.5	193	.000
No	80.4	574	11.5	25	
ADOLESCENTE SE SABE CON PERIODONTOPATIA					
Si	40.5	289	77.5	169	.000
No	59.5	425	22.5	49	
FRECUENCIA CEPILLADO BUCAL					
Ninguna	1.5	11	.0	0	.000
Cuando se acuerda	22.3	159	1.8	4	
Al acostarse (dormir)	24.9	178	5.0	11	
Después de cada comida	51.3	366	93.1	203	

DISCUSIÓN

Más del setenta por ciento de los adolescentes tienen mala higiene bucal siendo las características encontradas la mala realización de técnica de cepillado, inadecuado lavado de dientes, falta de uso de hilo dental, falta de revisión odontológica, las cuales se observaron en casi el cincuenta por ciento con la presencia de periodontopatía, como sarro, gingivitis y caries. Otras características encontradas fueron la edad entre 14 a 15 años, familias con límites disfuncionales, cohesión no relacionada o semirelacionada.

Mota SV y cols. ¹⁹ En su estudio *factores familiares asociados con el estado de nutrición y la salud oral en adolescentes*, con un tamaño de muestra de 486 participantes de 12 a 16 años siendo una variable de estudio la valoración odontológica mediante exploración física reportaron que el 43% de los adolescentes perteneció al sexo femenino, la edad promedio fue de 13 ± 5.1 años. Así mismo estos mismos autores en su estudio *Estado de salud bucal en Adolescentes de la ciudad de México*²⁰, evaluaron mediante la revisión odontológica la búsqueda de caries y gingivitis en 590 adolescentes. De ellos, 54,7% (322) fueron mujeres. La mediana de edad fue de 13 años, siendo 12 años la edad mínima y 16 la máxima. **Tascon J, y cols.** ²¹, en su análisis de *Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca* aplicando el modelo de creencias en salud los resultados que presentan corresponden a las respuestas de 5,376 participantes, 2,560 (48%) de sexo masculino y 2,816 (52%) femenino. La población encuestada tuvo una edad media de 14.5 años, con mediana igual a 14. Como vemos estos estudios fueron dirigidos a población abierta o estudiantes de secundaria donde la edad es menor a nuestro estudio ya que nuestros adolescentes estudiados fueron de nivel medio superior teniendo una edad promedio de 16 años, siendo similares en relación al sexo en más del cincuenta por ciento.

Agudelo A, y cols. ²² En su trabajo *La dinámica familiar y el fomento de la salud bucal en poblaciones desplazadas y destechadas*, se entrevistaron 148 familias mediante aplicación de instrumentos de tipología y APGAR familiar, así mismo corroborando con visita familiar realizando entrevista grabadas y transcritas asociando dichas informaciones con conocimiento y práctica de la salud bucal; encontrando que en su mayoría las familias estaban constituidas mediante unión libre y la unión religiosa en un 64.8%. Teniendo en cuenta la tipología familiar, más de la mitad son de carácter nuclear, y una quinta parte son monoparentales (un solo progenitor), conformando el 75.5%; 59.3% de familias funcionales. Siendo familias con características semejantes a nuestro reporte; donde más del sesenta por ciento de los padres de adolescentes fueron casados y el mismo porcentaje de familias nucleares y casi el veinte por ciento son extensas, además de que se observó que de acuerdo al rol que esta desempeñando la madre actualmente en estas familias es de tipo moderna ya que se integra a las actividades laborales como apoyo a las

necesidades de cada uno de los integrantes. La dinámica y funcionalidad familiar se evaluó con el instrumento de la Dra. Emma Espejel demostrando mayor disfuncionalidad en los límites, así mismo se utilizó el FACES III obteniendo que la mayoría de las familias de los adolescentes tienen cohesión no relacionada con adaptabilidad caótica que podrían estar relacionados por los roles que desempeñan los padres teniendo dificultad para determinar bien las normas o reglas de la familia.

Mota SV y cols. ¹⁹ En *factores familiares asociados con el estado de nutrición y la salud oral en adolescentes* reportaron que el nivel socioeconómico de los estudiantes se ubicó en medio-bajo (43.2%). La escolaridad de la madre fue secundaria en 41.6%. Así mismo los adolescentes con 15 años o más tienen mayor riesgo de presentar enfermedad periodontal. De acuerdo al rol de la madre con nivel de escolaridad medio superior o superior tiene asociación negativa con lesiones cariosas en 77.20%. Estos resultados son similares a lo observado ya que el nivel socioeconómico medio bajo se presentó en casi el setenta por ciento, la escolaridad de la madre una tercera parte es de secundaria y preparatoria completa y la del padre secundaria y universidad completa. La salud bucal encontrada de acuerdo a la exploración física fue de mala salud bucal en el setenta y cinco por ciento con mayor riesgo a la misma edad de 15 a 17 años.

Tascon J, y cols. ²¹ En su estudio *Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca* observó que el 86% de los adolescentes refirió visitar al odontólogo, 98.5% se cepilla los dientes, 51% refirió usar hilo dental; siendo similares nuestros resultados en cuanto a que casi el cien por ciento de los adolescentes se cepilla los dientes con conocimientos de técnica adecuada de cepillado; sin embargo, menos del 50% por ciento lo hace menos de tres veces al día o no la realiza. Sólo una tercera parte acude al odontólogo como se indica en la norma cada seis meses, una cuarta parte utiliza el hilo dental.

En relación a la presencia de patología periodontal; **Tascon J, y cols.** ²¹, en su estudio *Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca*, con respecto a las percepciones que sobre caries tenían los adolescentes encuestados, 57%, cree que la caries es una enfermedad, 22%, no la considera así y 21%, no sabe cómo catalogarla. Sobre la etiología de la caries, 65% cree que es consecuencia de la mala higiene oral, 18% cree que son bacterias, sólo 7% cree que se asocia con el consumo de azúcar y 10% dijo no saber. Al preguntar sobre la historia sentida de caries, 41% refirió haber sufrido de dicha enfermedad. Cuando se les preguntó si actualmente tenían caries, 14% dijo que sí, 49% dijo no y 37% respondió no saberlo. De igual manera, 45% respondió que tenía obturaciones (amalgamas, resinas) en los dientes. **Mota SV y cols.** ¹⁹ en su estudio *factores familiares asociados con el estado de nutrición y la salud oral en adolescentes*, reportan que los

adolescente del sexo masculino tienen mayor frecuencia de caries (55.2%). **Mota SV y cols.**²⁰ en su estudio *Estado de salud bucal en Adolescentes de la ciudad de México* encontraron que la prevalencia de caries en los adolescentes fue de 92,2 % . Los adolescentes de ≥ 14 años de edad tienen mayor riesgo de presentar caries que los adolescentes ≤ 13 años. Este riesgo fue estadísticamente significativo. Por otra parte reportan que más del cincuenta por ciento de los adolescentes con presencia de caries corresponde al sexo femenino. **Mafla-A**²³ en su estudio *Adolescencia: cambios biopsicosociales y salud oral*, enfatiza que la progresión y frecuencia de enfermedades periodontales incrementa en las edades de 12 a 17 años en comparación con niños de 5 a 11 años. De acuerdo con el tipo de enfermedades que se presentan en los adolescentes se asocia más con condiciones agudas como gingivitis, gingivitis úlcero-necrotizante, o pericoronitis, y en menor proporción con una periodontitis agresiva o con periodontitis crónica. **Mota SV y cols.**²⁰ en su estudio *Estado de salud bucal en Adolescentes de la ciudad de México* encontraron que la prevalencia de gingivitis en los adolescentes fue de 13.9% y más del cincuenta por ciento corresponde al sexo masculino.

En relación a lo anterior nuestro estudio demuestra que los adolescentes de rango de edad de 14-17 con alta frecuencia de mala salud bucal, en casi el sesenta por ciento del sexo femenino, así como a la exploración bucal la gingivitis y sarro como periodontopatía más frecuente seguida de caries en una tercera parte. Se requiere de mayor atención familiar y médica sobre la salud bucal, requiriendo los adolescentes se les motive para la visita odontológica, adiestramiento sobre técnica de cepillado, promover el uso de hilo dental, su autorevisión bucal, para la prevención de cualquier patología periodontal.

CONCLUSIONES

El perfil socio demográfico de los adolescentes en este estudio demostró que la mayor parte de la población esta conformada por mujeres, el rango de edad de 16 a 17 años con un nivel socioeconómico medio-bajo.

Los adolescentes presentan mala salud bucal, a pesar de que ellos se perciben con estado de salud bueno, la exploración bucal demuestra lo contrario. Lo que determina la minimización de la atención preventiva y tratamiento oportuno de las enfermedades odontológicas.

Siendo las características relacionadas a la mala salud bucal la edad, disfuncionalidad en centralidad, limites y cohesión familiar. Así mismo el tipo de técnica de cepillado, frecuencia de cepillado dental, falta de uso del hilo dental, no acudir a la revisión odontológica, no percibir la importancia de la patología bucal, como es de realización de obturaciones, la presencia de sarro como base posteriormente de inicio de caries.

Dado que el adolescente concurre poco a los servicios de salud, cada visita de supervisión de salud debe ser una oportunidad de evaluación clínica integral biopsicosocial y de educación al adolescente y su familia. Sin pasar por alto la salud bucal ya que la labor del medico familiar es en forma holística.

Las claves del éxito de la consulta de supervisión de salud del adolescente radican en:

- *Establecer una relación médico-paciente empática*
- *Asegurar la confidencialidad de la atención*
- *Entrevistar y examinar al adolescente solo, excepto situaciones puntuales*
- *Evitar el rol parental, tanto como el rol adolescente*
- *Hacer partícipe a la familia*
- *Estimular autonomía y responsabilidad del adolescente*
- *Escuchar activamente, observar comunicación no verbal, hacer preguntas abiertas*

- *Estimular las fortalezas del adolescente*
- *Establecer alianzas terapéuticas*
- *Crear una ambientación adecuada y acceso fácil a los servicios de salud.*
- *Incluir establecimientos distintos a servicios de salud para realizar actividades de promoción de salud: escuelas, centros comunitarios, clubes deportivos.*
- *Involucrar a la institución educativa en la atención bucal ya que cuenta con clínicas odontológicas gratuitas para el adolescente a nivel medio superior.*

RECOMENDACIONES

En México, no se conocen estudios en los que se estimen las necesidades de tratamiento a partir de la descripción epidemiológica de los problemas en la salud bucal. Con los hallazgos obtenidos en este estudio, se observan las necesidades de tratamiento de una población específica. Los resultados presentados, justifican la importancia de realizar más estudios al respecto para que, con base en ellos, se desarrollen programas que atiendan necesidades representativas de la población a la que vayan dirigidos.

Actualmente la UNAM cuenta con clínicas de atención odontológica para población abierta, pero teniendo prioridad la población estudiantil que se incluyen los de nivel medio superior, es importante informarles sobre la disponibilidad de este servicio, los horarios, solicitud de cita.

Por lo anterior podemos mencionar que dentro de estas visitas médicas es necesario promover la visita semestral odontológica, así como invitar a los adolescentes a las campañas nacionales de salud bucal y como se menciona hacer participe a la familia en la salud bucal.

Dado los resultados positivos de esta investigación nos hace concientizar en la realización de otros proyectos de intervención, el cual permita con mayor facilidad realizar una detección a todos los adolescentes del CCH Vallejo y de los otros planteles con que cuenta la UNAM y poder aplicar estrategias educativas en grupos pequeños, formando promotores de salud bucal ayudando a informar a sus pares para favorecer y lograr una excelente calidad de vida en estos jóvenes y poder influir sobre los adultos en este proceso de salud enfermedad.

REFERENCIAS:

1. Toledo Curbelo G. Fundamentos de Salud Pública 1.: Editorial Ciencias Médicas; 2004 : 34 .
2. Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología.: Editorial Ciencias Médicas; 2005; 8: 493- 494.
3. Rodríguez Calzadilla A, Baly y Baly M. J. Atención Primaria en Estomatología, su actividad con el Médico de la Familia. Rev. Cub. De Estom. 1997: 43 - 44.
4. Programa Cubano de Salud. Rev. Fola Oral. (12) Jun; 1998. 2.
5. Modelo y teoría de Comunicación en Salud. Promoción de la Salud Ginebra 1996:26.
6. Acosta Acosta E, González Valdéz D, Ramírez Moreira Y, Alemán Sánchez PC. Del Paradigma Curativo al Preventivo: Trabajo del Estomatólogo General Integral en nuestra sociedad (on line): <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEZpFykyAVDdgyhuSD.php> [Consultado 3 de febrero 2007]
7. Las Categorías de Promoción y Prevención de Salud en el Programa de Medicina General Integral. Rev. Cub. de Med. General Integral. Ciudad de la Habana Cuba Octubre- Diciembre de 1994; 10(4).
8. García Nápoles JE, Álvarez Sintés R, Santiesteban Zaldívar D, Marina García R. Manual para el médico y la enfermera de familia. La Habana: Editorial AGCD; 2000 : 78 - 82 .
9. González García M, Sánchez Acosta ME. Psicología General y del Desarrollo. Ciudad de México: Editorial Esfinge; 2004 :123 -28.
10. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Volumen I. Salud y Medicina. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2001: 131.
11. Domínguez García L, Ibarra Mustelier L, Fermín Luis L. Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. Selección de Lecturas. La Habana: Editorial Félix Varela; 2003 : 154 -163 .
12. Del Valle Portilla MC, Rodríguez Méndez G, LLanes LLanes E. Guías Prácticas Clínicas [en línea] Enfermedades Gingivales y Periodontales. Ciudad de La Habana, 2002 < <http://aps.sld.cu/pvs/materiales/guíasestomatol//cap.4pdf> [consulta: 24 de enero 2006].
13. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Volumen II. Principales Afecciones del Individuo en los Contextos Familiar y Social. La Habana: Editorial Ciencias Medicas; 2001: 234 -43 ,
14. Sastres Vázquez I, García López E, Blanca Ruíz AO, Rodríguez García LO, Reyes Fundora D. Estudio de la enfermedad periodontal y la higiene bucal en dientes en desoclusión. De Rev Cub Estom. 2005; 42 (3): 24 - 9.
15. Acosta Acosta E. Nivel de Conocimientos sobre Estomatología en una población. <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEZZAZVyuyGnhJENBY.php>. [Consulta 3 de mayo 2007].
16. Salud Bucal. <http://www.stayinginshape.com/3osfcorp/lbyespañol/p51s.shtml>. [Consulta 3 de mayo 2007]
17. Ruíz Feria N. Modificaciones del nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en estudiantes http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_3_04/san04304.htm [consulta: 9 de marzo 2007].

18. Limonta Vidal E. Araujo Heredia T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en adolescentes [Artículo en línea] MEDISAN 2000; 4(3) http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_4_3_00/san.htm [consulta 9 de marzo 2007].
19. Mota-Sanhua, V. Ortega-Maldonado M. López-Vivanco J.C. Factores familiares asociados con el estado de nutrición y la salud oral en adolescentes : Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (3): 253-260.
20. Mota-Sanhua V. Ortega-Maldonado M. López-Vivanco J.C. Estado de salud bucal en adolescentes de la ciudad de Mexico : Rev. Salud publica 2007; 9(3):380-387
21. Tascon J. Alonso-Cabrera G. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del valle del Cauca : Rev. Colomb. Med. 2005 ; 36:73-78 .
22. Agudelo E. Zapata-Campos C. Martínez-Esparza A . La dinámica familiar de la salud bucal y el fomento de la salud bucal en poblaciones desplazadas y destechadas : Rev. Odon. CES 2007; 20: 23-27.
23. Mafla AC . Adolescencia: cambios biopsicosociales y salud oral : Colomb Med. 2008; 39:41-57.

ANEXOS



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

México D.F. a _____ de _____ del 2010.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "La familia y la salud bucal en adolescentes del CCH plantel Vallejo "

Registrado ante el Comité Local de Investigación 3404

El objetivo del estudio es obtener información que nos permita Identificar las características familiares y la salud bucal de los adolescentes del CCH Vallejo.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar leer cuidadosamente el siguiente cuestionario y contestar lo más honestamente posible las preguntas que se plantean en él y posteriormente permitir la exploración física bucal.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir al investigador, aplicarme una encuesta y la revisión bucal solo utilizando el abatelenguas. Declaro que se me ha informado ampliamente y que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, o molestia alguna; y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son: "reflexionar sobre patología e higiene bucal".

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dr. Jesus Zapote Contreras / R3 Medicina Familiar

Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 53 33 11 00 ext. 15320.

Testigos

Testigos



INSTRUMENTO SALUD BUCAL:

ANEXO 2.

LA FAMILIA Y LA SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES DEL CCH
PLANTEL VALLEJO

Esta encuesta tiene como finalidad conocer tu forma de pensar, tu forma de actuar y tu forma de sentir. NO escribas tu nombre en esta encuesta. Las respuestas que suministres serán mantenidas en secreto. Nadie conocerá tus respuestas, por lo que puedes contestar con absoluta sinceridad. Contesta a las preguntas basado en lo que realmente sabes o haces. No existen respuestas buenas o malas, ya que no es un examen.

No dejes ninguna pregunta sin contestar.

- 1.- Edad** _____ (años cumplidos) **2.- Sexo** (1) femenino (2) masculino
- 3.- Semestre que cursas :** (1) primero (2) segundo (3) tercero (4) cuarto (5) quinto (6) sexto
- 4.- Delegación o municipio en que vives** _____
- 5.- Último grado escolar terminado por tu papá:**
1) No estudio (2) primaria incompleta (3) primaria completa
(4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Preparatoria incompleta (7) Preparatoria completa
(8) Universidad incompleta (9) Universidad completa (10) Posgrado (11) Carrera técnica
- 6.- Último grado escolar terminado por tu mamá :**
(1) No estudio (2) primaria incompleta (3) primaria completa
(4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Preparatoria incompleta (7) Preparatoria completa
(8) Universidad incompleta (9) Universidad completa (10) Posgrado (11) Carrera técnica
- 7.- En que trabaja tu papá:**
(1) ejecutivo (2) empleado (3) oficio (4) vendedor ambulante
- 8.- En que trabaja tu mamá:**
(1) ejecutiva (2) empleado (3) oficio (4) vendedor ambulante (5) hogar
- 9.- Actualmente tus papás están:**
(1) Casados (2) Separados (3) Divorciados (4) Unión Libre (5) Viudo(a)

10.- Actualmente vives con:

Padres y hermanos	
Padres, hermanos y otros parientes (tíos, primos, sobrinos, etc.)	
Padres, hermanos y otros no parientes (amigos, conocidos)	
Pareja de madre o padre, hermanos o hermanastros	
Sólo mamá y hermanos	
Sólo papá y hermanos	
Sólo mamá o papá	

Si tus padres están separados o divorciados, con que frecuencia tu mamá:

	Siempre	Regularmente	Casi nunca
11.- Te permite que veas libremente a tu padre			
12.- Recalca los aspectos negativos de tu padre			
13.- Hace que sientas que no debes confiar en tu padre			

14.- Hace que tomes partido hacia ella en contra de tu padre			
15.- Hace que te sientas mal por querer a tu padre			

16.- contribuye a los gastos de la familia	si	no	17.- realiza los quehaceres de la casa	si	no
Mamá					
Papá					
Hermanos					
Yo					

A continuación se te presentará una lista de adjetivos separados por seis casillas. Fíjate en cada uno de ellos y piensa cuál de los dos adjetivos describe mejor tu situación en respuesta a la frase: **“CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA, ME SIENTO...”** Una vez que hayas elegido el adjetivo, valora el grado que alcanza en su caso (Totalmente, Bastante o Algo) y pon una cruz (X) en la casilla correspondiente. Marca una sola opción

FACES III. MARCA CON UNA CRUZ X LA RESPUESTA CON LA QUE ESTÉS DE ACUERDO

EN MI FAMILIA

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Sus miembros se dan apoyo entre si					
2. Se toman en cuenta las sugerencias de todos para resolver problemas					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros					
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos					
6. Cualquiera miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de la familia					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a castigos					
11. Nos sentimos muy unidos					
12. Cuando se toma una decisión toda la familia está presente					
13. Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo nadie falta					
14. En nuestra familia las reglas cambian					
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16. Intercambiamos quehaceres del hogar entre nosotros					
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decidir quien hace las labores del hogar					

Módulo sobre higiene dental

Higiene bucal.	si	no
1.- Te cepillas los dientes todos los días		
2.- Utilizas Hilo Dental		
3.- Tienes buena técnica de cepillado (cepillas los dientes por fuera y por dentro, dientes superiores de arriba hacia abajo, inferiores de abajo hacia arriba, las muelas en círculos)		
4.- Acudes cada 6 meses al dentista		
5. sabes si cursas con caries, de alguna o algunas piezas dentales, o algunas de las siguientes enfermedades bucales: gingivitis, calculo (sarro dental), mal aliento.		

6. cuantas veces al día te lavas los dientes

(1) Ninguna (2) Cuando me acuerdo (3) al acostarme (4) después de cada comida

7.-A la exploración física el adolescente padece las siguientes enfermedades bucales:

Si no

- 1) caries _____
- 2) gingivitis _____
- 3) calculo (sarro dental) _____
- 4) mal aliento _____
- 5) dientes con mala posición _____