



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL
DIRIGIDO A ADOLESCENTES INSCRITOS EN TERCER
GRADO EN LA ESCUELA SECUNDARIA PARA
TRABAJADORES No. 69 "HÉROES NAVALES
MEXICANOS". 2012.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

AURA MARÍA ARELLANO BONILLA

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

ASESORA: Esp. GUADALUPE CRUZ CHÁVEZ



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.



DEDICATORIAS

A dios por darme la oportunidad de despertar cada mañana, por ampararme en todo momento y por darme la fuerza y la sabiduría para llegar a este día.

A mis padres AURORA BONILLA ZAMORA Y ANTONINO ARELLANO LÓPEZ por todo su amor, comprensión y su apoyo, por ser las personas que me guiaron en el camino de la vida, por darme valores y enseñarme que antes que todo está la familia.

A mi hermano ANTONINO, que además de mi hermano es mi mejor amigo, compañero en las buenas y en las muy malas, gracias colega por compartirme tus conocimientos y experiencias no solo en la carrera, sino en la vida misma.

A mi hermana AURORA, por enseñarme que la perseverancia y la disciplina son la base del éxito, por demostrarme que no hay imposibles y que la meta sólo es el comienzo de una gran carrera. Gracias por todos tus consejos.

A mi hermano JESÚS IGNACIO, por enseñarme a reírme de la vida, de sus múltiples obstáculos y que nunca es tarde o muy temprano para empezar, gracias por tus risas y ocurrencias.

A mi esposo ISAAC HERRERA por amar la persona que soy, por ayudarme, por ser mi amigo, por alimentar mi corazón con besos, abrazos y cariño. Por llenar el hueco que había en mi vida, gracias por confiar en mí, por inspirarme a seguir, por hacerme tan feliz y por ayudarme a cumplir cada uno de mis sueños. TE AMO.

A mis mejores amigas KARELIA, DIANA Y ROSARIO, ustedes son parte de mi vida y de mi familia, gracias por compartir los días más importantes de nuestras vidas, algunas lágrimas y muchísimas risas. Gracias por apoyarme en todo momento.



AGRADECIMIENTOS

Un muy especial agradecimiento a la UNAM Y LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA por adoptarme como una más de sus hijas.

Agradezco infinitamente la dedicación, instrucción y experiencia aportadas a este trabajo por parte de mi tutora, la Dra. María Elena Nieto Cruz y mi asesora, la Dra. Guadalupe Cruz Chávez.

Y por ultimo agradezco a todas aquellas personas, que posiblemente de manera injusta, no menciono u olvido, pero que de una o de otra forma ayudaron a la realización de este proyecto.



ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	7
2.- ANTECEDENTES	8
2.1.- Antecedentes históricos de las Escuelas para Trabajadores en México.....	8
2.1.1.- Reseña histórica de la Secundaria para Trabajadores No.69 “Héroes Navales Mexicanos”.....	11
2.1.2. La Escuela Secundaria para Trabajadores No. 69 en la actualidad.....	11
2.1.2.1. Población de la institución.....	12
2.1.2.2. Características de la población escolar.....	12
3.- MARCO TEÓRICO	14
3.1. Adolescencia.....	14
3.1.1. Cambios biológicos.....	15
3.1.1.2. Maduración sexual.....	16
3.1.1.2.1. Mujer.....	16
3.1.1.2.2. Hombre.....	18
3.1. 2. Cambios psicológicos.....	18
3.1.2.1. El pensamiento abstracto en los adolescentes.....	20
3.1.3. Cambios sociales.....	22
3.2.- Cambios orales que se pueden presentar en la adolescencia.....	24
3.2.1. Enfermedades orales en la adolescencia.....	27
3.2.1.1. Caries.....	28
3.2.1.2. Enfermedad periodontal.....	29
3.2.1.3. Pérdida congénita de dientes.....	29



3.2.1.4. Alteraciones en terceros molares.....	30
3.3. Prevención e higiene oral.....	31
3.3.1. Importancia de las Técnicas de cepillado dental.....	32
3.3.1.1. Proceso sistematizado.....	33
3.3.1.2 Método de Bass.....	33
3.3.1.3. Método de Stillman.....	34
3.3.1.4. Técnica de Stillman Modificada.....	34
3.3.2. Higiene interdental.....	35
3.3.3. Enjuague bucal.....	37
3.4 Índice de Higiene Oral Simplificado.....	38
4. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL DIRIGIDO A ADOLESCENTES INSCRITOS EN TERCER GRADO EN LA ESCUELA SECUNDARIA PARA TRABAJADORES No 69 “HÉROES NAVALES MEXICANOS”. 2012.....	42
4.1 Objetivos.....	42
4.2. Metas.....	43
4.3. Contenido temático.....	43
4.4. Estrategias.....	44
4.5. Límites del programa.....	45
4.5.1. De espacio.....	45
4.5.2. De tiempo.....	45
4.6. Actividades.....	45
4.7. Cronograma de Actividades.....	48
5. RESULTADOS.....	49
6. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.....	59
7. CONCLUSIONES.....	60



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
9. ANEXOS	66



1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa de la vida de una persona que comprende de los 11 a 19 años de edad, y la divide en dos fases, la adolescencia temprana de los 12 a 14 años y la adolescencia tardía de los 15 en adelante.

La OMS estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente y que 85% de éstos, habitan en países de bajos recursos o de ingresos medios. Estos datos cobran gran importancia en el campo odontológico, debido a que en esta etapa se consolida la identidad del individuo, lo que seguramente definirá su futura actitud hacia el cuidado necesario de la salud oral y así identificar y atender adecuadamente las diferentes manifestaciones orales que se presenten. Se debe tener en cuenta que los pacientes adolescentes presentan una serie de conflictos y contradicciones resultantes de las transformaciones biopsicosociales propias de este proceso personal.

La caries y los trastornos periodontales son procesos infectocontagiosos que se ven incrementados en esta etapa de la vida, éstos afectan aproximadamente al 95% de los adolescentes. Los cambios hormonales, la dieta, los hábitos de higiene inadecuados, la falta de conocimiento en este sentido y otros factores que modifican el ambiente interno y entorno del individuo, convierten a los adolescentes en un grupo de alto riesgo para la salud bucodental.

La educación para la salud bucal cumple un papel muy importante, ya que permite comunicar y educar a los individuos para que tomen conciencia de su propia salud oral, participando de forma activa y adoptando comportamientos saludables en higiene oral.



Es de vital importancia recalcar dicha educación durante una etapa crítica en el desarrollo humano, como lo es la adolescencia, debido a los diversos factores de riesgo a los que se encuentran expuestos los jóvenes.

Debido a lo anterior me propuse realizar un programa de educación para la salud oral dirigido a adolescentes, con el fin de identificar la prevalencia de IHOS así como algunos factores de riesgo para la salud oral en 30 alumnos inscritos en tercer grado en la Escuela Secundaria para Trabajadores No.69 “Héroes Navales Mexicanos”.

2. ANTECEDENTES

La educación secundaria adquirió identidad institucional en 1926, con la separación de los primeros tres años de la Escuela Nacional Preparatoria.¹

Con los modelos pedagógicos de la escuela secundaria alemana, y los postulados democráticos de la estadounidense, se funda la escuela secundaria para ampliar la base piramidal del sistema educativo nacional acorde con el sentido democrático, popular y nacionalista de la Revolución, cuya doctrina expresa y difunde en todo el territorio la escuela rural de México.²

2.1. Antecedentes históricos de las escuelas secundarias para trabajadores en México

Las Escuelas Secundarias para Trabajadores quedan incluidas en el ámbito de la educación básica, sin embargo, su auge perduró únicamente durante el periodo Cardenista, ya que su historia ha sido la de luchar para



sobrevivir, enfrentar la incomprensión de las autoridades educativas, e incluso de la misma sociedad, que las cataloga como de segunda clase.

Las secundarias nocturnas, empiezan con cuatro escuelas, dos de nueva creación y dos existentes en los ciclos secundarios de la Escuela Nacional Preparatoria y de la Escuela Nacional de Maestros.

En 1937, en la etapa del Presidente Gral. Lázaro Cárdenas, la Secretaría de Educación Pública y Bellas Artes acuerdan la creación del Departamento de Educación Obrera, para atender a la clase trabajadora desde la enseñanza primaria hasta la secundaria.

En 1938, se crean los Departamentos Nocturnos con duración de nueve años. Sus principios fundamentaban en la idea de una escuela única, que enlazara la primaria con la secundaria, para facilitar el tránsito del obrero de uno a otro ciclo. Así se fusionan las Primarias Nocturnas para Trabajadores, las Escuelas Nocturnas de Arte para Trabajadores y las Escuelas Secundarias Nocturnas para Trabajadores.

En 1939 se incrementa el número de Escuelas Secundarias para Trabajadores a dieciséis.

En 1940, el Departamento de Educación Obrera es reorganizado y se le asignan únicamente las secundarias nocturnas. Cambia su denominación por Departamento de Secundarias Nocturnas para Adultos y Trabajadores, quedando bajo la tutela de la Dirección General de Segunda Enseñanza.

Posteriormente el Plan de Estudios es ajustado al de las secundarias diurnas y quedan exentos del taller y educación física, ya que se consideraba que en los propios centros de trabajo los alumnos encontraban la oportunidad para desarrollar estas actividades.³



Finalmente para 1943 se determina su cancelación para pasar a depender de las secundarias diurna, desaparece así el Departamento de Secundarias Nocturnas para Adultos y Trabajadores. En 1944, se reabren sólo 12 planteles. Su organización fue ajustada al plan de estudios y reglamento de las escuelas secundarias diurnas.

Durante el sexenio de Miguel Alemán V, en 1947 se reorganizan en un Departamento de Escuelas Secundarias Nocturnas, y a las 12 escuelas existentes, se agregan otras tres.

Al iniciarse el periodo del Presidente Adolfo Ruíz Cortines, sólo se habían consolidado 15 escuelas, sin embargo, durante su gobierno, se crearon 13 escuelas más en el Distrito Federal y 42 en los Estados y Territorios.

En 1970 surgen las Escuelas para Trabajadores de Turno Matutino, con lo que dejan de ser nocturnas en el sentido estricto.

Actualmente, las secundarias para trabajadores continúan sujetas al acuerdo de 1944, es decir, con planes y programas de secundarias diurnas.

Uno de los mayores méritos de las secundarias para trabajadores consiste en que son las únicas instituciones que atienden el rezago educativo de este nivel en forma escolarizada.

En la actualidad, el Distrito Federal cuenta con 95 escuelas secundarias para trabajadores, en turnos matutino, vespertino y nocturno. De ellas, seis pertenecen a la Dirección General de Servicios Educativos en Iztapalapa.



2.1.1 Reseña histórica de la Secundaria para Trabajadores No.69 “Héroes Navales Mexicanos”

La escuela secundaria N° 69 en su fundación en el ciclo escolar 1976 - 1977 se encontraba ubicada en la plaza Torres Quintero en el Centro de la Ciudad. Posteriormente, en agosto de 1977 es trasladada al edificio de Pestalozzi N° 216 y en 2011 se traslada a San Felipe N° 36 en la colonia Xoco de la delegación Benito Juárez, la instalación que hoy ocupa. ⁴

Actualmente, la población escolar se compone fundamentalmente de alumnos que habitan en la Delegación Benito Juárez y Cuauhtémoc aunque también se reciben jóvenes de otras demarcaciones. La población es heterogénea, con estudiantes cuyas edades fluctúan entre 13 y 20 años.

El compromiso del plantel, sin duda, tiene que ver con el poder construir de manera conjunta con los padres de familia y la comunidad, generaciones de jóvenes responsables, útiles a la sociedad, que cuenten con las herramientas necesarias para insertarse en los centros educativos de educación media superior y superior , así como también, en la vida del país con éxito.

2.1.2. La Escuela Secundaria para Trabajadores No. 69 en la actualidad

A pesar de ser una escuela que en sus inicios se propuso cubrir la demanda de estudio de la clase trabajadora que aún no concluía la educación secundaria, en la actualidad se ha convertido en receptora de alumnos(as) recién egresados de la escuela primaria, repetidores provenientes de diversas escuelas, y otros que por algún motivo no han concluido el nivel básico superior.



Por lo anterior, la escuela se ha incorporado al Programa de Homologación del plan de estudios implementado por las autoridades educativas, que faculta a la institución para funcionar académica y administrativamente como una escuela secundaria diurna.

2.1.2.1. Población de la institución

La integran 105 alumnos de ambos sexos de 12 a 20 años de edad, en turno matutino, durante el periodo escolar 2012-13.

2.1.2.2. Características de la población escolar

La mayoría del alumnado presenta algún tipo de rezago educativo o problema psico-pedagógico, el 50% de la población escolar es repetidora. Ésto no significa que no se cuente con alumnos con buen nivel académico. Alrededor del 15% poseen calificaciones de 9.0 o más y varios alumnos con 10 de promedio.

Existe una población muy heterogénea en muchos aspectos: edad, situación académica, intereses, potencialidades entre otras.

La población está compuesta en su mayoría por adolescentes que viven en zonas de la delegación Benito Juárez y Cuauhtémoc, principalmente de las colonias Narvarte, del Valle, Buenos Aires y Álamos entre otras. Realmente cuenta con alumnos de 13 delegaciones diferentes y del Estado de México, la razón de ello es porque los padres tienen sus centros de trabajo en las zonas próximas a la escuela y prefieren tenerlos cerca.

Las edades de los alumnos oscilan entre los 12 y los 20 años.



En general provienen de familias que se pueden caracterizar como de clase media y media baja, con muchos problemas de disfuncionalidad y desintegración familiar, lo cual repercute en el proceso educativo de los(as) alumnos (as), ocasionando en algunos casos, problemáticas que requieren atención especializada en el área de psicopedagogía, psiquiatría, así como prevención y control de adicciones. Una minoría de los(as) alumnos(as) trabajan como empaques en centros comerciales y otros empleos similares, sin embargo, ésto no genera problema alguno para su aprendizaje y desempeño escolar.

Se cuenta también en la población escolar, con alumnos con necesidades educativas especiales como: hipoacúsicos, hiperactivos, déficit de atención, problemas de lenguaje y autismo.





3. MARCO TEÓRICO

3.1. ADOLESCENCIA

La adolescencia es un fenómeno biológico, psicológico, cultural y social, no limitándose solamente a características físicas. La adolescencia involucra un continuo crecimiento de la existencia del ser humano, en la que se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto.⁵

Mientras que la pubertad, comienza a una edad aproximada a los doce o trece años debido a cambios hormonales, la adolescencia puede variar mucho en cuanto a edad y en duración en cada individuo ya que está relacionada no solamente con la maduración de la psiquis del individuo, sino que depende de factores psico-sociales más amplios y complejos, originados principalmente en el ámbito familiar.⁶

Es bien sabido que no existe un consenso sobre la edad en la que termina la adolescencia, algunos psicólogos como Erik Erikson, consideran que la adolescencia abarca de entre los doce o trece años hasta los veinte o veintiún años.⁴ Según el autor, este período se caracteriza por la búsqueda de la identidad y define al individuo para toda su vida adulta, quedando plenamente consolidada la personalidad a partir de los 21 años.⁷ añade que el término de la adolescencia depende de la madurez psicológica, la edad exacta en la que termina no es homogénea y depende de cada individuo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85% de ellos viven en países pobres o de ingresos medios y alrededor de 1.7 millones de ellos mueren al año.⁸ La OMS define la adolescencia como la etapa que va entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.⁹



3.1.1 Cambios biológicos

Desde el punto de vista práctico, los cambios normales del crecimiento biológico tienen tres grandes características:

1. Se desarrollan en forma secuencial, es decir, las características van apareciendo poco a poco, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación (o regla), el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene, etc.
2. El tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es sumamente variable en las personas con respecto a las edades, por lo que algunos maduran antes que otros, para cada sexo.
3. Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo. Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y esta influido por diversos factores, como su raza, constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endócrino y ambiente socio-cultural. Basado en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista clínico, que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente.¹⁰

Crece es una característica destacada de la pubertad, el brote o estirón de la pubertad es una de las características fundamentales de la adolescencia. Tiene una duración de 3 a 4 años con un promedio de 24 a 36 meses. Está caracterizado por un rápido crecimiento del esqueleto, llamado punto de velocidad máxima (PVM) que se manifiesta por un aumento rápido de la talla o crecimiento lineal de aproximadamente 8 cm en la mujer y unos 10 cm en el varón.¹¹ Es seguido por una desaceleración o enlentecimiento



progresivo del crecimiento lineal hasta que se detiene por la fusión de las epífisis de los huesos largos, como consecuencia hormonal.

3.1.1.2. Maduración sexual

En la adolescencia temprana y para ambos sexos, no hay desarrollo manifiesto de los caracteres sexuales secundarios, pero si suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona foliculostimulante) y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo los observados en la glándula mamaria de las niñas, y en los genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos.¹¹

3.1.1.2.1 Mujer

El primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario.¹² La adolescencia en las mujeres comienza entre los 10 y 12 años.

Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los 8 años y puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo, o bilateral y casi siempre es doloroso al simple roce. Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario, además de ser cuantitativo es cualitativo, la areola se hace más oscura y grande y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica y se desarrollan los canalículos. El crecimiento de las mamas puede ser asimétrico.¹³



El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores y luego se va expandiendo. El vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y en otros puede ser el primer indicio puberal. Típicamente comienza a notarse a los 9 o 10 años de edad. Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios extendiéndose hasta el monte de Venus, logrando la forma triangular característica adulta después de 3 a 5 años (más o menos entre los 15 y 16 años de edad). El vello axilar y corporal aparece más tarde.

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y en folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vaginal, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño. Las trompas de Falopio aumentan de tamaño después y en el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen para cubrir el introito. La vagina llega a 8 cm de profundidad y luego de 10 – 11 cm. Por efectos estrogénicos, la mucosa se torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el pH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la menarquia. Se desarrollan las glándulas de Bartolino, aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia con la presencia del bacilo de Döderlein, la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración, el himen se engrosa y su diámetro alcanza 1 cm.¹¹

La menarca, que es la primera aparición del ciclo menstrual, aparece precedida por un flujo claro, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro que tiene aspecto de hojas de helecho al microscopio. La menarca tiende a ocurrir a los 11 o 12 años, aunque puede aparecer en la pubertad avanzada (8-10 años).



3.1.1.2.2 Hombre

Los testículos pre-puberianos tienen un diámetro aproximado de 2,5 a 3 cm, mismo que aumenta obedeciendo a la proliferación de los túbulos seminíferos. El agrandamiento del epidídimo, las vesículas seminales y la próstata coinciden con el crecimiento testicular, pero no es apreciable externamente. En el escroto se observa un aumento en la vascularización, adelgazamiento de la piel y desarrollo de los folículos pilosos.¹¹

La espermatogénesis es detectada histológicamente entre los 11 y 15 años de edad, y la primera eyaculación puede darse entre los 12 y 16 años. El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumenten de tamaño. Las erecciones son más frecuentes y aparecen la polución nocturna o emisiones nocturnas.

El vello sexual aparece y se propaga hasta el pubis, más grueso y rizado. Puede comenzarse el vello axilar y en ocasiones en el labio superior. El vello en los brazos y piernas se torna más grueso y abundante alrededor de los 14 años de edad. Aumenta la actividad (glándula suprarrenal/apócrina) con aparición de humedad y olor axilar, igual que el acné.

3.1.2. Cambios psicológicos

Para explicar con más precisión los cambios psicológicos y emocionales de la adolescencia, se divide el proceso en tres etapas: inicial, intermedia y final.¹⁰



A lo largo de cada una de estas se cumplen tareas específicas que corresponden a:

- *Lograr la confianza en sí mismo (Inicial)
- *Consolidar la identidad (Intermedia)
- *Lograr la autonomía emocional y social (Final)

A pesar de que ya en esta fase se siente la atracción por personas del sexo opuesto, es común elegir reunirse con jóvenes del mismo sexo.

Aunque es frecuente que en esta etapa los chicos se inclinen más a realizar actividades físicas, mientras que las chicas prefieren las actividades sociales. Esto no significa que los chicos no puedan o no les atraiga socializar o a las chicas hacer alguna actividad física, ya que hombres y mujeres cuentan con las capacidades necesarias para realizar cualquier actividad.¹¹

En esta etapa se presentan dos tareas fundamentales: desarrollar la identidad, que es, reconocerse como hombre o como mujer y lograr la confianza en sí mismo.

A lo largo del proceso de la adolescencia cambia el tipo de pensamiento. Pasa del pensamiento concreto, propio de la infancia, al abstracto, característico de los adultos.

Este tipo de pensamiento da la capacidad para comprender mejor, por ejemplo, que el sexo de las personas no determina sus posibilidades de desarrollo o que asumirse como hombre o como mujer implica tener los mismos derechos y obligaciones de tal forma que se favorezca una vida social más equitativa, justa, libre y responsable.



La respuesta del pensamiento abstracto se caracteriza por realizar un análisis y emitir juicios tomando en cuenta los valores propios y los del grupo social al que pertenece el adolescente. ¹¹

3.1.2.1. El pensamiento abstracto en los adolescentes

A partir de esta nueva forma de pensamiento será posible cuestionar al mundo, verlo de manera diferente y volver a definir conceptos que son de enorme interés y utilidad para concretar la identidad. ¹⁰

Es posible que en un principio la redefinición de conceptos pueda provocar confusión, rebeldía y actitudes de rechazo a las normas sociales establecidas; con frecuencia casi todos los adolescentes creen, es más, están casi convencidos de que los adultos y todo el mundo están equivocados y, por tanto, es urgente que hagan algo para mejorar las cosas. Por eso tienden a imaginarse un nuevo mundo y pasan gran parte de su tiempo buscando ideales. Precisamente esa búsqueda es la que ayudará a encontrar la identidad.

Una vez que ya se hayan cumplido, medianamente, con las tareas de las etapas anteriores se llegará a la tercera etapa, donde se deberán fortalecer los logros obtenidos en las fases anteriores.

En esta etapa ya se tiene una conducta más organizada y dirigida a un objetivo; además, las relaciones emocionales tanto de pareja como de amistad serán cada vez más estables.

A lo largo de la adolescencia, el interés se concentra en buscar e identificar al amigo o amigos (as), pareja (s) con quienes compartir el gusto por el deporte, las fiestas, la música y, por supuesto, las relaciones amorosas.



Es común que dentro del grupo se encuentre a la amiga o el amigo con el que se sienta muy apegado o apegada, en quien confiar y que será la persona de la que no necesita defenderse y a la que no se necesita engañar.

Para todos los adolescentes, la relación con la amiga o el amigo preferido es indispensable, pues les evita la experiencia de vivir con la sensación de que no existen para los demás.

Los cambios de actitud y de ideología experimentados en la adolescencia son tan marcados que pueden convertirse en el motivo por el que se sientan rechazados.

En esta tercera etapa los intereses de los adolescentes son más diversos que en la etapa anterior. Es normal que sientan una mayor inclinación por la música, las reuniones sociales, pero sobre todo por la relación de pareja. La posibilidad y el deseo de establecer lazos amorosos se debe a que tienen mayor confianza en lo que hacen, dicen, piensan y, también, porque han ido perdiendo el miedo al rechazo, al ridículo o al engaño. Por eso sus relaciones de amistad o de noviazgo serán más intensas y amorosas que en las etapas anteriores.¹³

Por último, como en esta etapa se despierta el interés por la sexualidad, los y las jóvenes se preocupan mucho por su aspecto físico y se esfuerzan por pertenecer a un grupo.

El hecho de citar los cambios psicológicos en la adolescencia y las tareas que en cada etapa se deberán cumplir, no significa que todo deba suceder tal y como se describe, ya que cada individuo es único e irrepetible, las vivencias y manifestaciones en cada etapa pueden variar de una o un



adolescente a otro, de una región del país a otra, de una sociedad a otra o de una cultura a otra. Por tal razón no existen modelos o estereotipos fijados de adolescentes.⁶

3.1.3. Cambios sociales

Cuando se comprende a la adolescencia y se le concibe como una etapa de la vida a través de la cual quedan atrás los comportamientos infantiles y se adquieren conductas adultas. Se conocen todos los cambios que se producen en el cuerpo y la forma de ser, sentir y pensar, se estará mejor capacitado para vivir y gozar de ellos, al mismo tiempo que se podrán orientar adecuadamente las experiencias y sentimientos de tal forma que vayan adquiriendo madurez y un lugar dentro de la sociedad.¹⁴

El punto en el que probablemente más coincidencias existan entre el género masculino y el femenino es la conducta social, que casi siempre tiende a ser escandalosa, inquieta, alegre y juguetona. Por lo regular ésta rebasa los límites que la sociedad establece. Esta forma de comportamiento surge como un mecanismo de defensa que ayuda a disminuir la angustia por haber perdido la estabilidad de la infancia y tener que enfrentarse a nuevos e improbables horizontes.

Por último, en este ámbito, se comienza a tener un creciente interés por entrar al mundo de los adultos y tratar de imitar su conducta. También es común que se elija una profesión u oficio, con esta elección en cierta forma se define el futuro profesional o laboral.

En la búsqueda de ideales y de la identidad, todo joven tendrá la necesidad de elegir entre varios modelos, el estilo y la forma de vida que quiera. Ésta



es una de las razones por la que dedica o dedicará gran parte de su vitalidad a buscar e imitar la forma de vestir, de pensar o de comportarse de aquella persona a la que quisiera parecerse. Se prueban y ensayan diferentes modelos de personalidad y conducta social y en ocasiones los modelos pueden ser opuestos.

A diferencia de lo que sucede en los escolares, en los adolescentes en la medida que aumenta la edad, se incrementa la mortalidad.⁸ La prevención primordial y la promoción de factores generales y específicos de protección evitan y controlan los daños y trastornos en la salud del adolescente. Algunos de estos factores de protección incluyen la educación, nutrición, inmunizaciones, ejercicio físico, tiempo libre justo, promoción de la convivencia familiar y desarrollo espiritual, oportunidades de trabajo y legislaciones favorables para el niño y el adolescente.¹⁵ En los servicios de salud se debe hacer promoción en la prevención de cáncer pulmonar, embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, accidentes y en la evaluación de los patrones de crecimiento y desarrollo normales.

Las principales causas de muerte en adolescentes alrededor del mundo varían poco, si acaso sólo en el orden según la región, y éstas se refieren sobre todo a las heridas no intencionales (particularmente accidentes de tránsito), al SIDA (es la principal causa de muerte de mujeres jóvenes en África), y a otras enfermedades infecciosas; homicidio y otras heridas intencionales (especialmente importante en Sudamérica), ocasionadas en la guerra, suicidio y aquellas auto-infligidas.¹⁶



3.2. CAMBIOS ORALES QUE PUEDEN PRESENTARSE EN LA ADOLESCENCIA

Los adolescentes constituyen en odontología, un grupo de referencia importante, ya que en este período ocurren los principales cambios orales, además se consolida la identidad que definirá su actitud hacia la salud oral en el futuro.

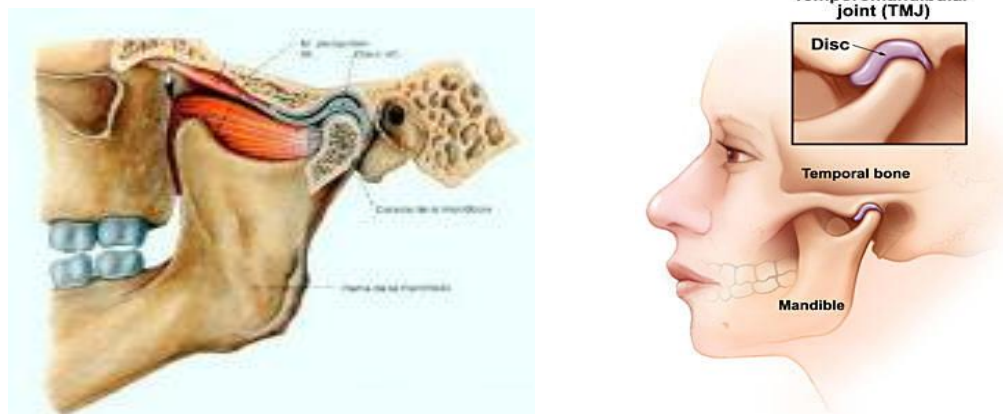
Los cambios hormonales incrementan peso, talla, masa muscular y ósea, e incluyen la adquisición de los caracteres sexuales secundarios. En relación con la salud oral, la incidencia de caries y enfermedad periodontal también se verá aumentada.

El proceso de crecimiento como lo afirma Enlow¹⁷ se basa en lograr un equilibrio funcional y estructural, cualquier alteración anatómica afectará la armonía, el equilibrio y el resultado de este proceso. En el campo de la odontología, el adolescente presenta cambios en el crecimiento maxilar y en las estructuras dentarias, como los es que entre los 5 y 7 años, el crecimiento maxilar se caracteriza por el aumento de tamaño de las cavidades paranasales debido al recambio de la dentición. El crecimiento transversal se completa alrededor de los 2 años, luego le siguen el desarrollo vertical y anteroposterior que termina entre los 8 y 12 años. El seno maxilar, al final, termina su desarrollo con la erupción de todos los dientes. Una vez que se ha completado esta fase el adolescente es susceptible, como en otras etapas de su vida, a diversas alteraciones anatómicas, que quizás, pueden ser el resultado de malformaciones en la niñez.



En la adolescencia temprana, entre 10 y 14 años; 12 dientes primarios se exfolian y otros tantos permanentes, erupcionan, ocupando su lugar. Con la aparición del 2do. molar permanente a los 12 años aproximadamente, se completa la 2ª dentición, hasta que los 3ros. molares, llamados también, “molares de juicio” o “muelas del juicio”, erupcionan en la adolescencia tardía, es decir, entre los 18 y 20 años aproximadamente.¹⁷

Se considera que durante la época de crecimiento y desarrollo cráneo-facial en las etapas prepuberal y de la pubertad, donde prepondera la dentición mixta, la capa perióstica articular de los cóndilos mandibulares aumenta de espesor y la capa de cartílago del menisco inter-articular se adelgaza aún más. Las trabéculas óseas subyacentes a los tejidos blandos de los dos elementos esqueléticos se van engrosando y se orientan hacia atrás y hacia arriba, en dirección del crecimiento condilar. Las variaciones en la función mandibular, los traumatismos y las enfermedades pueden representar un papel significativo en el compromiso de los tejidos de la ATM en desarrollo y por tanto de sus trastornos. Lo anterior significa un estímulo para que el Cirujano Dentista evalúe las estructuras de la articulación, al igual que las que se pueden observar en el desarrollo normal del adolescente, por ejemplo, el aumento en la apertura máxima, el apiñamiento anterior y las mordidas profundas, propias de individuos con dentición permanente incrementan el riesgo de ruidos articulares.



FUENTE: http://www.tmjorthodontics.com/Sobre_ATM/IMAG001.JPG

Por otro lado, el surgimiento de enfermedades orales en esta etapa de la vida, podría ser el efecto de la presencia de placa bacteriana. Iniciándose como una biopelícula, que coloniza una amplia variedad de superficies bucodentales, dicha placa, esta compuesta por microcolonias de células microbianas adherentes y una matriz acelular. Es importante considerar que la microflora oral lucha constantemente para sobrevivir en un ambiente difícil porque está expuesta a cambios de temperatura, pH, viscosidad, y composición química de los alimentos que se ingieren; sin embargo, es importante tener en cuenta que a los adolescentes, se le adicionan los cambios hormonales, producidos principalmente por la progesterona y el estrógeno, los cuales generan una mayor respuesta inflamatoria ante la presencia de esta placa o biopelícula.

La American Academy Pediatric Dentistry (AAPD), en su Guía Clínica de Cuidados de Salud Oral para los Adolescentes, estableció las principales alteraciones y sus posibles cuidados. En el Cuadro 1, se especifican el tipo de enfermedades y los tejidos comprometidos, así como la armonía oclusal, la articulación temporo-mandibular (ATM).¹⁸



Cuadro 1
Principales alteraciones orales en los adolescentes según la AAPD y tejidos comprometidos

Alteraciones orales	Tejidos comprometidos
Caries dental	Dientes: esmalte, dentina, pulpa
Enfermedad periodontal: gingivitis – periodontitis	Tejidos periodontales: encías, ligamento periodontal, hueso alveolar
Problemas de maloclusión	Dientes , ATM
Alteraciones en la ATM	ATM, musculos faciales
Problemas en los terceros molares	Dientes, tejidos periodontales: encías, ligamento periodontal, hueso alveolar, nervio facial
Pérdida congénita de dientes	Dientes
Erupción ectópica	Dientes, hueso alveolar
Trauma oral	Tejidos blandos, dientes: esmalte, dentina, pulpa; hueso alveolar
Dientes descoloridos o manchados	Dientes: esmalte, dentina

3.2.1. Enfermedades orales en la adolescencia

Las enfermedades orales prevalentes (caries y enfermedad periodontal) son infectocontagiosas y afectan al 95% de la población adolescente. La caries dental es una enfermedad que destruye los tejidos duros del diente, de etiología multifactorial en la que intervienen: la placa bacteriana cariogénica, cantidad y calidad de saliva, dieta, factores biológicos inherentes al hospedero, y otros dependientes de la edad, conducta y disponibilidad de cuidados de salud; lógicamente, la interacción entre estos factores determinará la presencia o no de enfermedad y su severidad.



3.2.1.1. Caries

Es una enfermedad infectocontagiosa multifactorial, que destruye de los tejidos duros del diente, como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa dental y su microflora a partir de los restos de alimentos de la dieta. La destrucción química dental se asocia a la ingesta de azúcares y ácidos contenidos en bebidas y alimentos, así como a errores en las técnicas de higiene oral, ausencia de hilo dental, la utilización de pastas dentales inadecuadas y a una etiología genética. Tras la destrucción del esmalte se ve afectada la dentina y de no detener el proceso carioso se verá implicado el paquete vasculonervioso del órgano dentario, conocido también como pulpa dentaria, produciendo su inflamación (pulpitis) y posteriormente necrosis (muerte pulpar).¹⁹ Cabe destacar que para el desarrollo de la enfermedad, intervienen las bacterias adheridas a la superficie dentaria que transforman en ácidos los hidratos de carbono de la dieta, la capacidad buffer de la saliva, la cantidad de azúcares que se ingieren diariamente, los hábitos de higiene oral, las propiedades físico químicas del esmalte dentario, los factores inmunitarios y las medidas preventivas adoptadas. Todos estos factores interactúan en los procesos de desmineralización y remineralización constante a los que están sometidos los tejidos dentarios en la cavidad bucal.

3.2.1.2. Enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal afecta los tejidos de soporte dentario, la placa bacteriana adherida a la superficie dentaria genera toxinas que producen inflamación de los tejidos blandos (encía o gingiva) que rodean al diente. De no mediar acciones terapéuticas adecuadas la enfermedad puede avanzar, en caso de un hospedero 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. Aunado a los cambios hormonales típicos de la adolescencia, se incrementan las enfermedades periodontales debido a que la progesterona y el estrógeno causan un aumento de circulación sanguínea en los tejidos blandos, lo que hace que la mucosa se torne mucho más sensible y esto puede a su vez producir cierta irritabilidad, inflamación, enrojecimiento y diversas dolencias que provocan molestias indeseadas en ellos.²¹

Ambos padecimientos se verán incrementados en la adolescencia. Los cambios hormonales, la dieta y hábitos de higiene inadecuados y otros factores que modifican el ambiente interno y entorno del individuo convierten a los adolescentes en un grupo de riesgo para la salud oral.²²

3.2.1.3. Pérdida congénita de dientes

En estas edades se inicia y termina la madurez en términos dentales, por tanto, se facilita el 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 futura. 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 ocasionar diversos tipos de problemas, que van desde cambios en la función, 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. Otra situación que se puede presentar es la oligodoncia, definida como la ausencia congénita de 6 ó más dientes donde no se incluye los terceros molares.¹⁷



3.2.1.4. Alteraciones en terceros molares

La calcificación del tercer molar en condiciones fisiológicas comienza entre los 8 y los 10 años, la corona termina entre los 15 y 16 años y las raíces aproximadamente a los 25 años. Con respecto a la cronología de la erupción dental, los terceros molares erupcionan generalmente a los 18 años, con una variación aproximada de 1 año. El tercer molar es el diente que con mayor frecuencia no finaliza su proceso normal de erupción, provocando alteraciones como periodontitis, caries, tumores, desbalance oclusal, desórdenes en la ATM, gingivo-estomatitis, adenitis, celulitis, absceso peri-amigdalino, osteítis, apiñamiento dental, alteraciones sensitivas, trastornos sensoriales, hipodoncia, anodoncia, agenesia y pericoronitis; condición que podría oscilar entre 3 a 63%. Además de este tipo de anomalías, al tercer molar se le ha relacionado con severas complicaciones posteriores a la extracción.¹⁷

Por último, debemos hacer hincapié en que los adolescentes sufren cambios físicos y emocionales importantes; Además, se considera un periodo crítico y por este motivo es indispensable poner especial atención, dados su complejidad e impacto sobre distintos aspectos de la salud oral. Como se trata de un grupo comprendido entre los 10 y 20 años aproximadamente, la atención de la salud del adolescente incluye todo el amplio espectro de la odontología. El control periódico, y los programas preventivos son de importancia fundamental en este período por la presencia en la cavidad oral de órganos dentarios recién erupcionados y por tanto, vulnerables.



3.3. PREVENCIÓN E HIGIENE ORAL

Está comprobado que las enfermedades periodontales suelen aparecer en mayor número durante la adolescencia, sobre todo por la falta de la práctica de higiene oral y los cambios hormonales ya antes mencionados.

Por ello se destaca la importancia que tiene enseñarles a los niños desde pequeños a mantener la boca debidamente higienizada, ya que si el hábito es adquirido antes de los 13 años, seguramente durante la etapa de la adolescencia se tendría menos inconvenientes para que el adolescente cepille sus dientes y los mantenga limpios, evitando así enfermedades y padecimientos orales.

Por ello constantemente se debe inculcar el cepillado dental y el uso de los auxiliares de higiene bucodental que estén al alcance, ya que de esta manera se remueven los residuos alimentarios y la placa dental que se acumula en los dientes y en el borde gingival.²³

3.3.1. IMPORTANCIA DE LAS TÉCNICAS DE CEPILLADO DENTAL

Los cepillos dentales son un instrumento confinado a la higiene oral, que tiene como fin la extracción mecánica de la placa y los residuos de alimentos de las superficies lisas de los dientes. Sin embargo, el espacio interdental y la profundidad de las fisuras no siempre resultan tan accesibles; de tal suerte que los medios auxiliares para la higiene oral y el sellado de fisuras y fosetas completan este proceso de limpieza y prevención.²⁴



Los cepillos dentales deben adaptarse a las exigencias individuales de tamaño, forma y aspecto para ser manejados con soltura y eficacia.

Estos mismos se clasifican tomando en cuenta a las cerdas en blandos, intermedios o duros. Actualmente, se recomiendan mas los cepillos blandos de cerda sintética para el cuidado del tejido duro y de las partes blandas. El cepillo dental ideal resulta de conjuntar una cabeza corta, una distancia pequeña entre los distintos haces y que cuenten con puntas redondeadas.²⁵

Sabemos que la vida de un cepillo dental es limitada, estos sufren desgaste y la colonización bacteriana en la cabeza y cerdas se incrementa con el tiempo; por tanto este debe de cambiarse cada 3 meses o inmediatamente después de haber padecido cualquier enfermedad oral. Se recomienda contar con varios cepillos y utilizarlos de manera alternada.

3.3.1.1. Proceso sistematizado

El proceso sistematizado debe ser secuencial; se inicia y abarca de manera sucesiva las superficies: bucal (externa), oral (interna) y oclusal, sin olvidarse de las características somáticas y orales propias (discapacitados, zurdos, prótesis parciales, etc.) de cada individuo.²⁴



Secuencia (comenzando por la parte derecha y posterior)

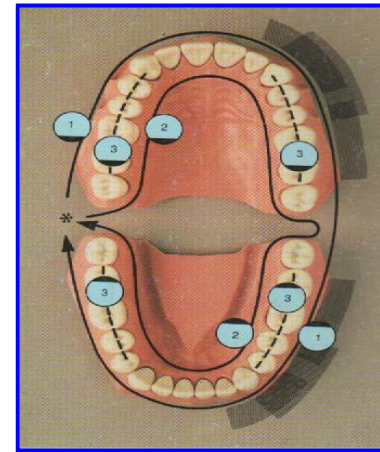
1. Superficies bucales Mx*/M* *

2. Superficies distales de los últimos dientes de la arcada dentarla.

Superficies linguales y palatinas Mx/M.

3. Superficies oclusales Mx/M.

4. Espacios interdetales, empleando medios auxiliares especiales.



Fuente: Riethe P. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador.

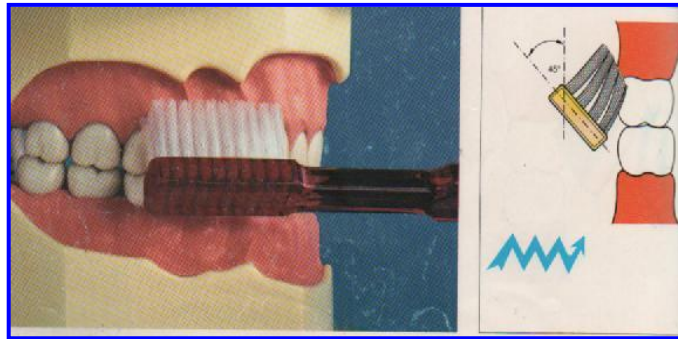
*Maxilar **Mandíbula

3.3.1.2 Método de Bass

Indicaciones: adultos con tejido periodontal sano y pacientes con gingivitis y periodontitis

Posición del cepillo: en ángulo de 45° respecto al eje del diente. Los extremos de las cerdas se colocan en los nichos interdetales y se introducen en el surco gingival, manteniendo la posición.

Técnica: Se efectúan movimientos vibratorios horizontales o ligeramente rotatorios con el propósito de proporcionar masaje.



Fuente: Riethe P. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador.

3.3.1.3. Método de Stillman

Indicaciones: pacientes sin enfermedades periodontales

Posición del cepillo: paralelo al eje del diente. Las cerdas se colocan en dirección apical a 2 mm por encima de los márgenes gingivales, haciendo ligera presión.

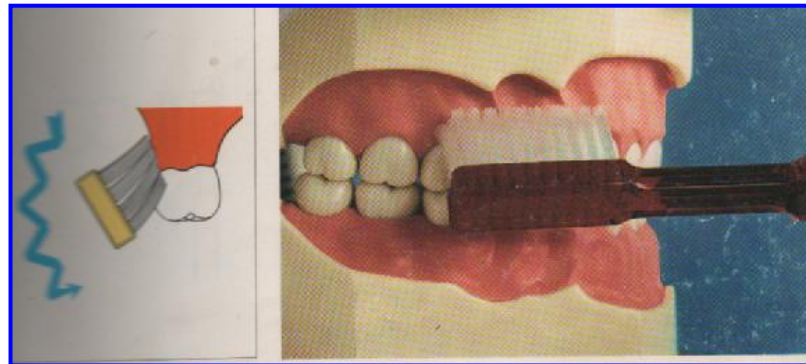
Técnica: Se realizan movimientos vibratorios en dirección mesiodistal con ligera presión, girando el cepillo 45°; además del efecto de limpieza se estimula la encía.

3.3.1.4. Técnica de Stillman Modificada

Las cerdas se colocan a 45° respecto de la raíz de los dientes sobre la zona de la encía, descansando parcialmente en la encía. El cepillo se sitúa en forma horizontal con un movimiento gradual hacia la zona oclusal (del borde de los dientes anteriores o la zona de masticación de los posteriores). Es



decir que se hace un barrido en forma vibratoria desde la encía hacia el diente. De esta manera se limpia la zona interproximal y se masajea el tejido gingival.



Fuente: Riethe P. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador.

3.3.2. Higiene interdental

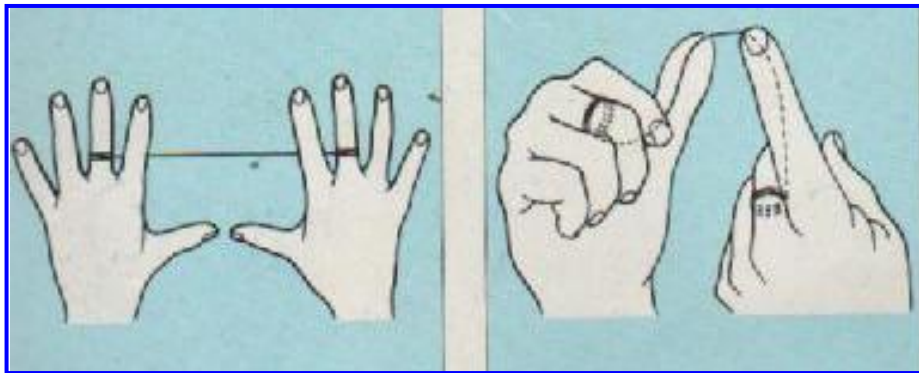
Se cuenta con diferentes métodos auxiliares del cepillado dental.

La seda dental es uno de ellos y se utiliza como medida de control en espacios interdenciales estrechos y por debajo de las prótesis.²⁴

Indicaciones:

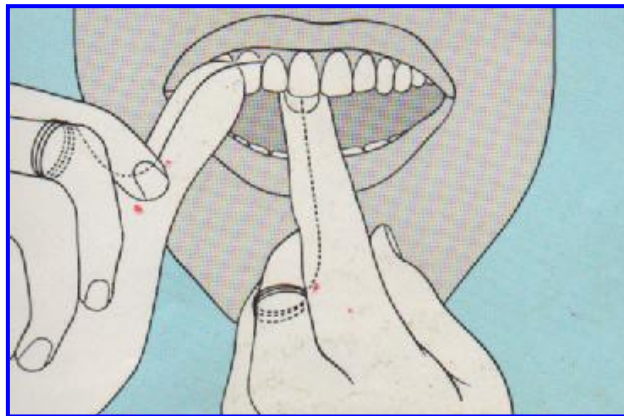
- * Extraer la placa de los espacios interdenciales.
- * Evitar las recidivas de la caries en las restauraciones interdenciales
- * Higienizar prótesis dentarías.
- * Realizar la profilaxis periodontal postratamiento.
- * Controlar los posibles defectos tras las restauraciones.

Se emplea seda dental de aproximadamente 40 cm. de largo.



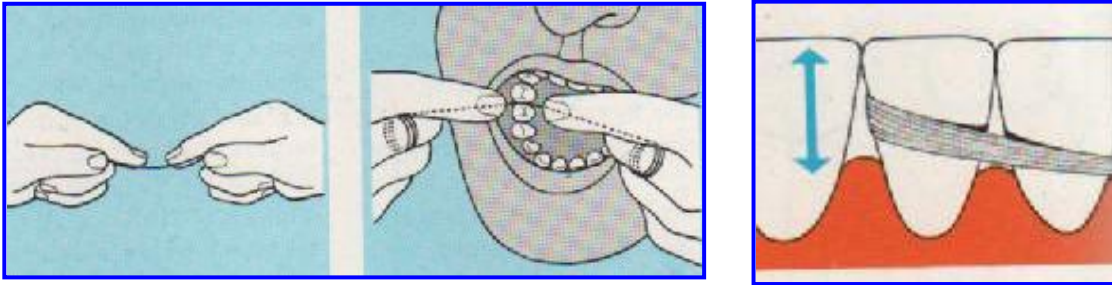
Fuente: Riethe P. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador.

El pulgar se coloca en la boca o labios mientras que el de do índice o pulgar en la otra mano se introduce por la cara palatina de la arcada dentaria. A continuación se coloca cuidadosamente la seda en la zona de contacto del espacio interdental.²⁴



Fuente: Riethe P. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador.

En los dientes inferiores la seda se toma con los dedos índices de ambas manos. La limpieza de las caras proximales se efectúa con movimientos ascendentes y descendentes, aplicados de manera reiterada en los lugares problemáticos; se debe de emplear seda nueva cada vez.



Fuente: Riethe P. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador.

3.3.3. Enjuague bucal

Disponemos de los enjuagues bucales como otro método auxiliar en el aseo oral, es un elemento eficaz para estabilizar y liberar muchos ingredientes farmacéuticamente activos en boca. La mayor parte de las personas considera que este es un producto cosmético (es decir, refrescan el aliento) y por lo tanto no los utilizan con frecuencia y de manera tan sistemática. La Asociación Dental Americana (ADA) sólo ha reconocido dos categorías de enjuagues bucales como eficaces contra la placa y gingivitis:

- o Oral B Clorhexidina: Antiplaca. 2 veces al día durante 30 seg. 1oz.
- o Listerine" Aceites esenciales". Antiplaca 2 veces al día 30 seg. 20ml.



3.4. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

En 1960. Greene y Vermillion crearon el índice de higiene bucal (OHI, por sus siglas en inglés *oral hygiene index*); más tarde lo simplificaron para incluir sólo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Esta modificación recibió el nombre de OHI simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés *oral hygiene index simplified*). Mide la superficie del diente cubierta con desechos y cálculo. Se usó el impreciso término *desechos* dado que no era práctico diferenciar entre la placa, los desechos y la materia alba. Asimismo, lo práctico de establecer el peso y grosor de los depósitos blandos incitó a la suposición de que en tanto más sucia se encontrase la boca, mayor sería el área cubierta por los desechos. Esta inferencia también denota un factor relativo al tiempo, dado que mientras más tiempo se abandonen las prácticas de higiene bucal, mayores son las probabilidades de que los desechos cubran la superficie del diente.²⁷

El OHI-S consta de dos elementos: un índice de desechos simplificado (DI-S, por sus siglas en inglés *simplified debris index*) un índice de cálculo simplificado (CI-S, por sus siglas en inglés *simplified calculus index*). Cada uno se valora en una escala de 0 a 3. Sólo se emplean para el examen un espejo bucal y un explorador dental tipo hoz o cayado de pastor, y no se usan agentes reveladores. Las seis superficies dentales examinadas en el OHI-S son las vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo central superior derecho, el primer molar superior izquierdo y el incisivo central inferior izquierdo. Asimismo, las linguales del primer molar inferior izquierdo y el primer molar inferior derecho. Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios gingival, medio e incisal. Para el DI-S, se coloca un explorador dental en el tercio incisal del diente y se desplaza

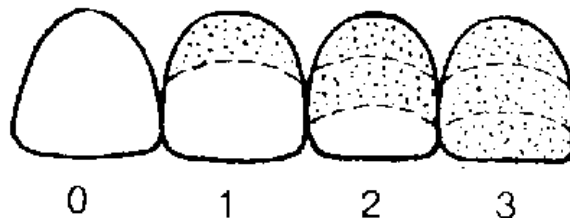


hacia el tercio gingival, según los criterios expuestos en el cuadro siguiente.²⁸

Criterio para calificar los componentes sobre los desechos orales (DI-S) y el cálculo (CI-S) en el índice de higiene oral simplificado (OHI-S)

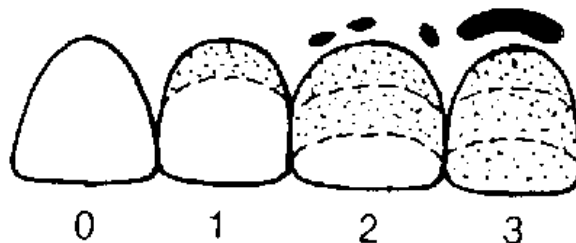
Índice de desechos orales (DI-S)

0	No hay presencia de residuos o manchas.
1	Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta.
2	Desechos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de la tercera parte de la superficie dental expuesta
3	Residuos blandos que cubren más de la tercera parte de la superficie dental expuesta



Índice del cálculo (CI-S)

0	No hay cálculo presente
1	Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental expuesta
2	Cálculo supragingival que cubre más de un tercio, pero menos de dos tercios partes de la superficie dental expuesta o hay presencia de vetas individuales de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente, o ambos.
3	Cálculo supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental expuesta, o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente, o ambos





La calificación DI-S se obtiene por persona totalizando la puntuación de los desechos por superficie dental y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas.

La valoración CI-S se practica colocando con cuidado un explorador dental en el surco gingival distal y llevándolo en sentido subgingival desde el área de contacto distal hacia la mesial (una mitad de la circunferencia dental es considerada como la unidad de calificación). El cuadro anterior incluye los criterios para calificar el componente referente al sarro en el parámetro OHI-S. La puntuación CI-S se obtiene por persona redondeando las calificaciones del cálculo por superficie dentaria y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas. La calificación OHI-S por persona es el total de las calificaciones DI-S y CI-S por sujeto.²⁹

A continuación se expresan los valores clínicos de la limpieza bucal respecto a los desechos que es posible relacionar con las calificaciones DI-S agrupadas:

Adecuado	0.0 - 0.6
Aceptable	0.7 - 1.8
Deficiente	1.9 - 3.0

Los valores clínicos de la higiene bucal que pueden vincularse con las calificaciones OHI-S para grupos son los siguientes:

Adecuado	0.0 - 1.2
Aceptable	1.3 - 3.0
Deficiente	3.1 - 6.0



La relevancia del parámetro OHI-S es que, al igual que el índice de placa, es muy empleado en todo el mundo y contribuye de manera considerable a la comprensión de la enfermedad periodontal. También se empleó en los estudios Ten-State Nutrition Survey, NHS, NHANES y HHANES. El alto grado de relación ($r= 0.82$)¹⁴⁶ entre el OHI-S y índice de placa permite, si se conoce una de las dos calificaciones, calcular la otra mediante un análisis de regresión. La eficacia principal del OHI-S es su utilización en estudios epidemiológicos y en la valoración de los programas de educación sobre la salud dental (ensayos longitudinales). También puede evaluar el grado de aseo bucal de un individuo y puede, en grado más limitado, servir en estudios clínicos. El índice es de fácil uso dado que los criterios son objetivos, el examen puede realizarse sin demora y se puede alcanzar un nivel alto de capacidad de duplicación con un mínimo de sesiones de capacitación.³⁰



4. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL DIRIGIDO A ADOLESCENTES INSCRITOS EN TERCER GRADO EN LA ESCUELA SECUNDARIA PARA TRABAJADORES No. 69 “HÉROES NAVALES MEXICANOS”. 2012.

4.1. OBJETIVOS

4.1.1. Objetivo General

- ✚ Implementar un programa de educación para la salud oral dirigido a adolescentes inscritos en tercer grado en la escuela secundaria para trabajadores No. 69 “HÉROES NAVALES MEXICANOS”.

4.1.2. Objetivos Específicos

- ✚ Determinar los conocimientos sobre caries dental, placa dentobacteriana, cálculo dental y enfermedad periodontal que tienen los adolescentes de tercer grado.
- ✚ Identificar los hábitos y actitudes que tienen los alumnos de la higiene oral.
- ✚ Orientar a los adolescentes respecto a técnicas de cepillado e higiene oral adecuadas.



4.2. METAS

- Elevar el nivel de conocimientos en los alumnos acerca de las enfermedades orales más frecuentes y su prevención.
- Lograr en los adolescentes la identificación de los hábitos higiénicos orales.
- Motivar la práctica de higiene oral, a fin de prevenir la presencia de enfermedades orales.
- Contar con un Programa de Salud Oral en la Secundaria para Trabajadores No. 69 “HEROES NAVALES MEXICANOS”.

4.3. CONTENIDO TEMÁTICO

Las pláticas programadas consistieron en exposiciones orales y materiales audiovisuales como diapositivas y videos acerca de los siguientes temas:

- ✓ Caries dental
- ✓ Placa dentobacteriana
- ✓ Cálculo dental
- ✓ Gingivitis
- ✓ Periodontitis
- ✓ Técnicas de cepillado
- ✓ Utilización de hilo dental



4.4. ESTRATEGIAS

- ❖ Mostrar a los alumnos imágenes de las enfermedades orales, como caries, gingivitis y periodontitis.
- ❖ Enseñar a los adolescentes procedimientos preventivos, como la técnica de cepillado y el tipo de alimentación con menos carbohidratos, apoyado en tipodontos, macromodelos y diapositivas para tener una mejor visión de lo que se les está mostrando.
- ❖ Mostrar a los alumnos cómo deberán realizar el aseo oral, empleando para ello diapositivas y poster, que ilustren la técnica adecuada y el tipo de alimentación que deben adoptar.





4.5. LÍMITES DEL PROGRAMA

4.5.1. DE ESPACIO

Escuela Secundaria para Trabajadores No. 69 “Héroes Navales Mexicanos”.

4.5.2. DE TIEMPO

27 de agosto al 12 de octubre de 2012.

4.6. ACTIVIDADES

Se implementó el Programa de Educación para la Salud Oral en la Escuela Secundaria para Trabajadores No. 69 “Héroes Navales Mexicanos”, realizando las siguientes actividades:

1. Se aplicó un cuestionario a los alumnos con la finalidad de obtener sus conocimientos acerca de las enfermedades orales e identificar que hábitos y costumbres tienen respecto al cuidado de su salud oral.



Fuente directa

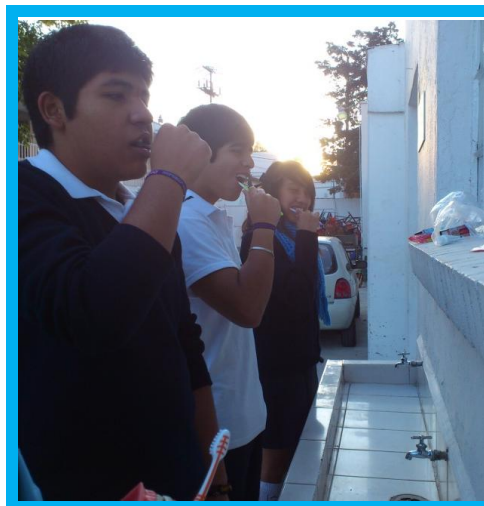


2. Se llevó a cabo una plática con los adolescentes apoyada en material audiovisual para que logran identificar cada una de las enfermedades orales y su prevención.



Fuente directa

3. Se les enseñó la técnica de cepillado adecuada y el tipo de alimentación que deben realizar con respecto a los carbohidratos.



Fuente directa



4. Al término del programa se aplicó el mismo cuestionario que contestaron antes de las pláticas, con el fin de medir el impacto provocado en los alumnos.



Fuente directa



4.7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

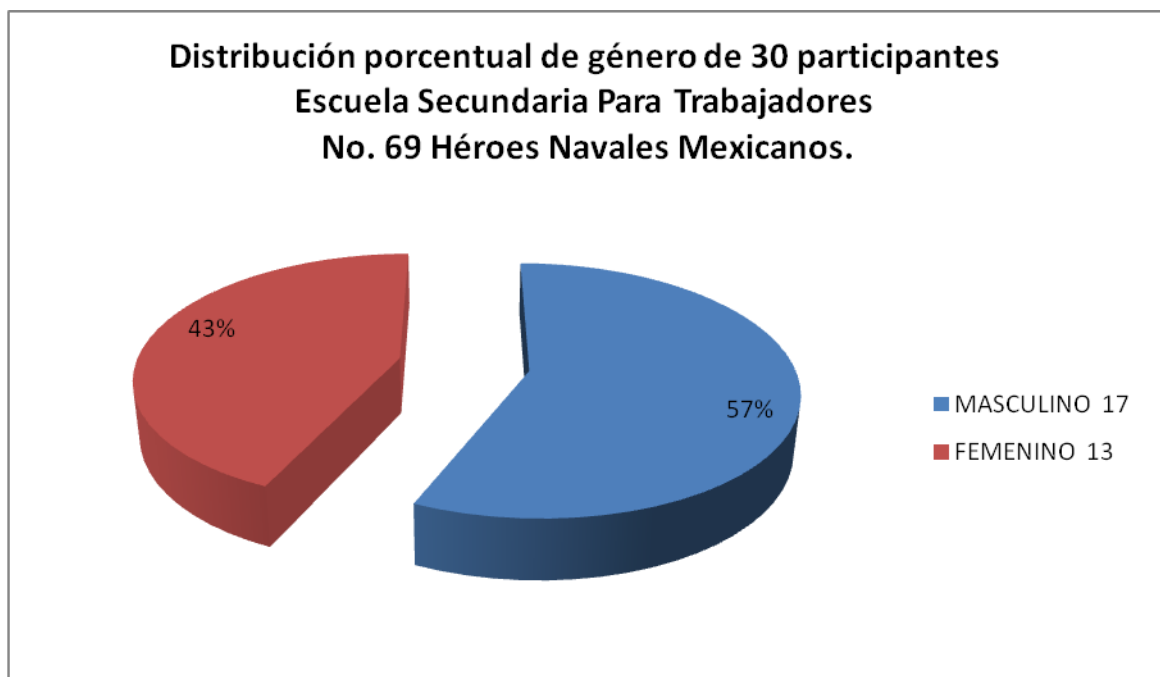
FECHA	HORA	ACTIVIDAD
27 / Agosto / 2012	9:00 hrs.	Autorización del protocolo para la implementación del Programa de Educación para la Salud Oral 2012.
30 / agosto / 2012	9:00 hrs.	Implementación del Programa de Educación para la Salud Oral. Aplicación de los cuestionarios a los alumnos.
3,4 / Septiembre / 2012	9:00 a 10:00 hrs.	Pláticas informativas dirigidas a los adolescentes. Demostración de técnica de cepillado y utilización de hilo dental.
10, 11 / Septiembre / 2012	9:00 a 10:00 hrs.	Pláticas informativas dirigidas a los alumnos. Demostración de técnica de cepillado y alimentación reducida en carbohidratos.
24, 25 / Septiembre / 2012	9:00 a 10:00 hrs.	Evaluación del programa aplicando los mismos cuestionarios.
27 / Septiembre / 2012		Resultados
1-12 / Octubre / 2012		Terminación de Tesina.



5. RESULTADOS

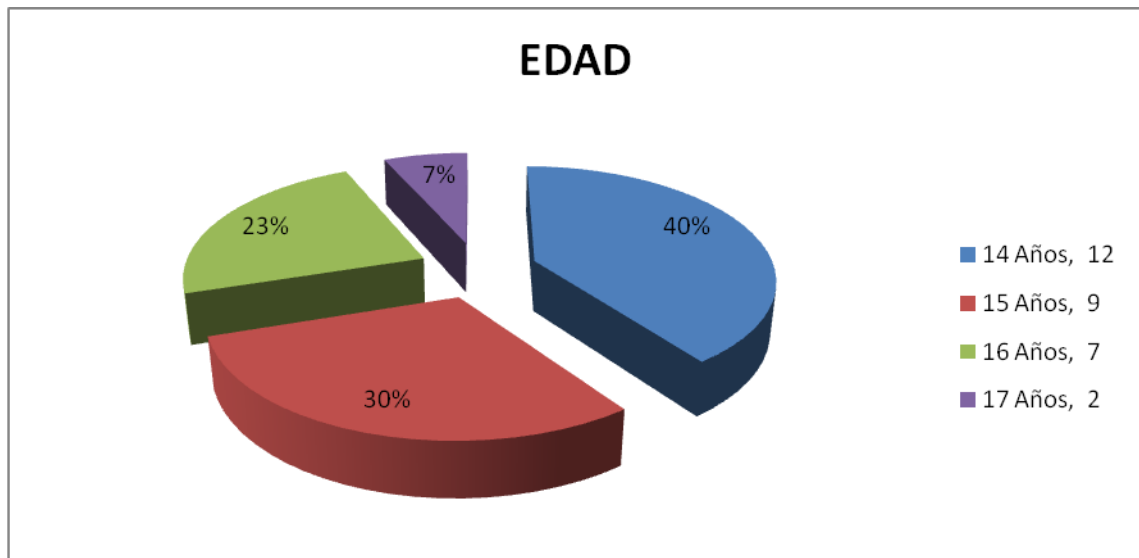
En el programa participaron 30 alumnos de la Escuela Secundaria para Trabajadores No. 69 “Héroes Navales Mexicanos” en el periodo comprendido de agosto a octubre de 2012 con la finalidad de Identificar los hábitos y actitudes que tienen los adolescentes hacia la higiene oral y orientarlos respecto a técnicas de cepillado e higiene oral adecuadas.

En cada gráfica los resultados reportados corresponden a la información proporcionada en los cuestionarios antes del programa y después de aplicarlo.



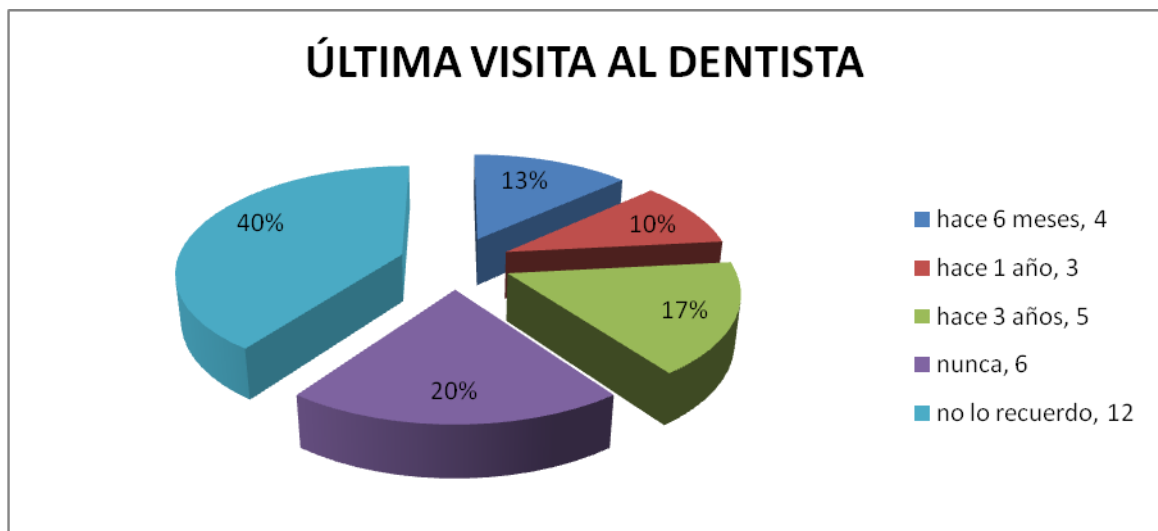
Fuente directa.

Gráfica 1. En la población estudiada predominó el sexo masculino, 57% (17 participantes) y 43% (13 participantes) para el femenino.



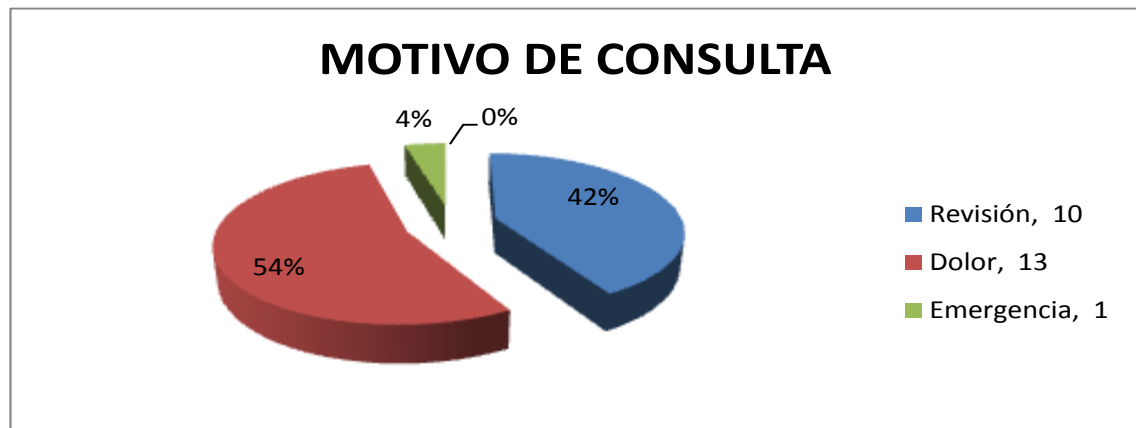
Fuente directa.

Gráfica 2. La edad osciló entre 14 y 17 años, siendo 15 años la media, la mayoría de los encuestados 40% (12 individuos) presentó una edad de 14 años.



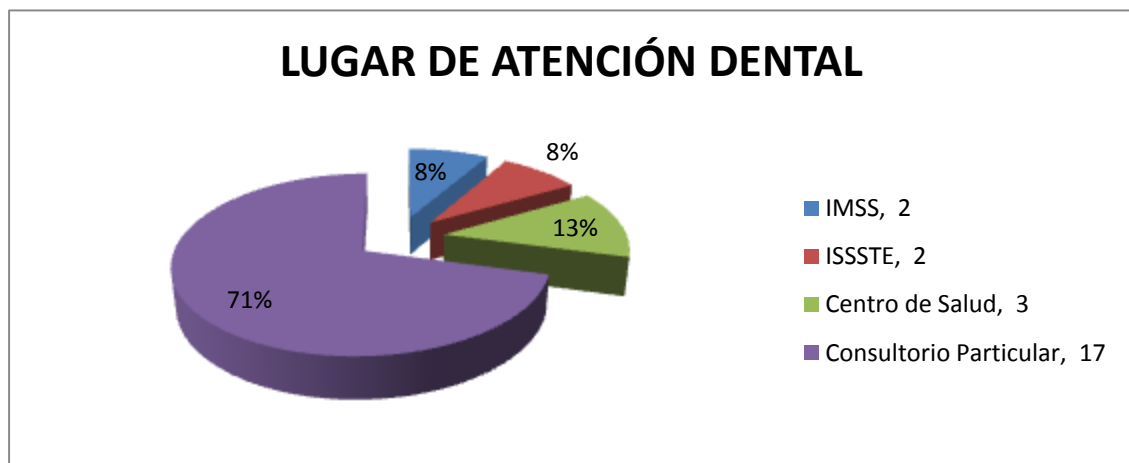
Fuente directa.

Gráfica 3. Del total de los encuestados sólo 24 individuos (80%) han acudido alguna vez al dentista. Observamos que la mayoría 40% (12 encuestados) no recuerda cuando lo hizo, mientras que 17% visitó un dentista hace 3 años y que sólo una minoría visitan a su dentista cada 6 meses hasta un año.



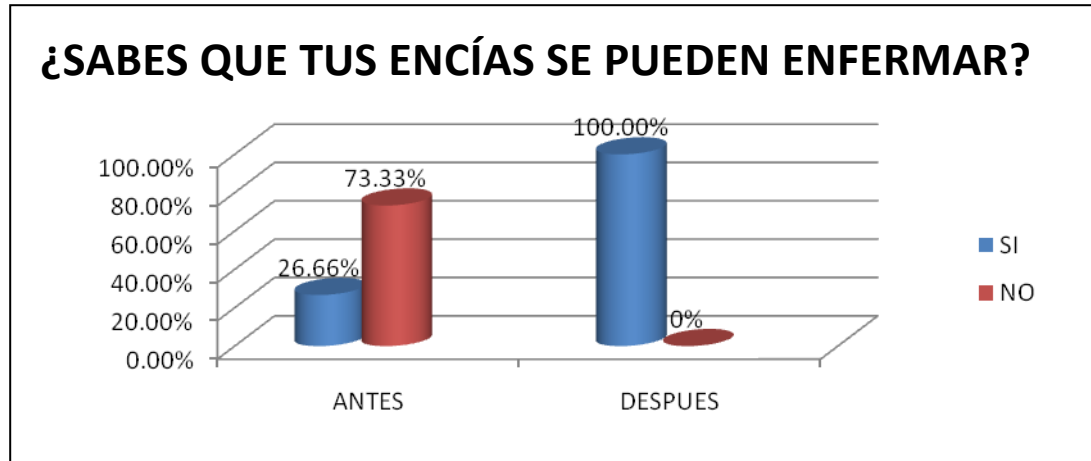
Fuente directa.

Gráfica 4. De los 24 encuestados (80%) que han acudido alguna vez al dentista. Observamos que 54% (13 encuestados) acudieron a consulta por dolor, 42% (10 encuestados) acudieron para revisión y sólo 4% (1 encuestado) lo hicieron por alguna emergencia.



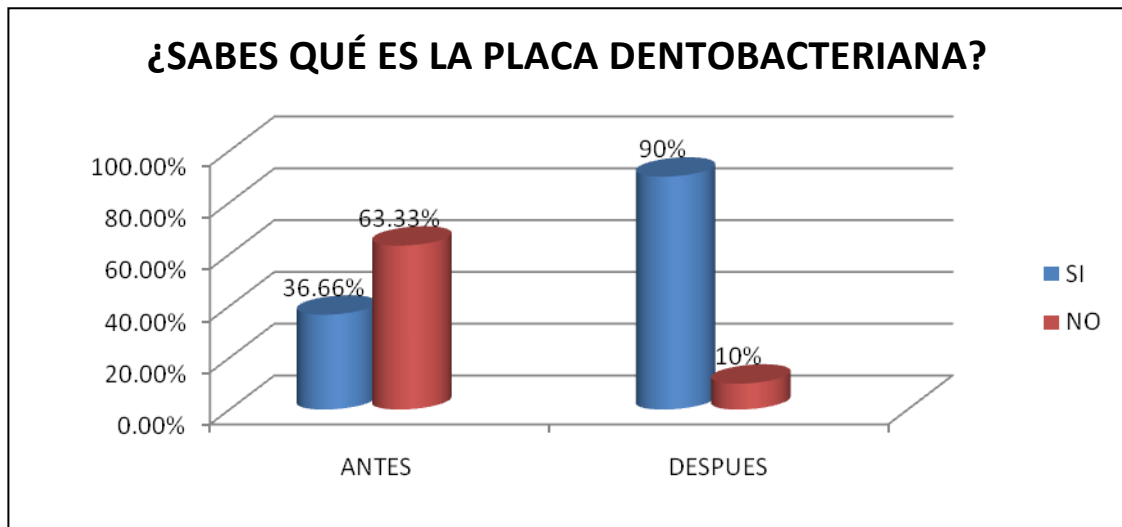
Fuente directa.

Gráfica 5. De los 24 participantes que han asistido a consulta, lo han realizado principalmente en el sector privado 71% (17 individuos), seguido por los centros de salud o asistencia pública con un 13% (3 individuos), mientras que el IMSS y el ISSSTE representan un 8% (2 individuos), respectivamente.



Fuente directa.

Gráfica 6. ¿Sabes que tus encías se pueden enfermar? En esta gráfica, al aplicar por primera vez el cuestionario, sólo el 27 % de los alumnos respondieron que SI mientras que el 73% restante respondió que NO. Después del programa, el 100% respondió que SI.



Fuente directa.

Gráfica 7. ¿Sabes qué es la placa dentobacteriana? En esta gráfica, al aplicar por primera vez el cuestionario, el 37 % de los alumnos respondieron que SI mientras que el 63% restante respondió que NO. Después del programa, se obtuvo un resultado muy favorable pues el 90% respondió que SI y sólo el 10% que NO.



NÚMERO DE PARTICIPANTES QUE EMPLEAN O NO ALGUNOS AUXILIARES DE HIGIENIZACIÓN ORAL				
Auxiliar de limpieza bucodental.	SI emplean.		NO emplean.	
	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
Pasta o crema dental.	29	30	1	0
Hilo o seda dental.	8	17	22	13
Enjuague bucal.	11	25	19	5

Fuente directa.

Cuadro 1. Número de participantes que emplean o no algunos auxiliares de higienización oral. Donde podemos observar un cambio favorable en la utilización de los mismos.

NÚMERO DE VECES QUE SE CEPILLAN LOS DIENTES AL DÍA		
	ANTES	DESPUES
Una vez	7	3
Dos veces	12	14
Tres veces	9	11
Más de tres veces	2	2

Fuente directa.

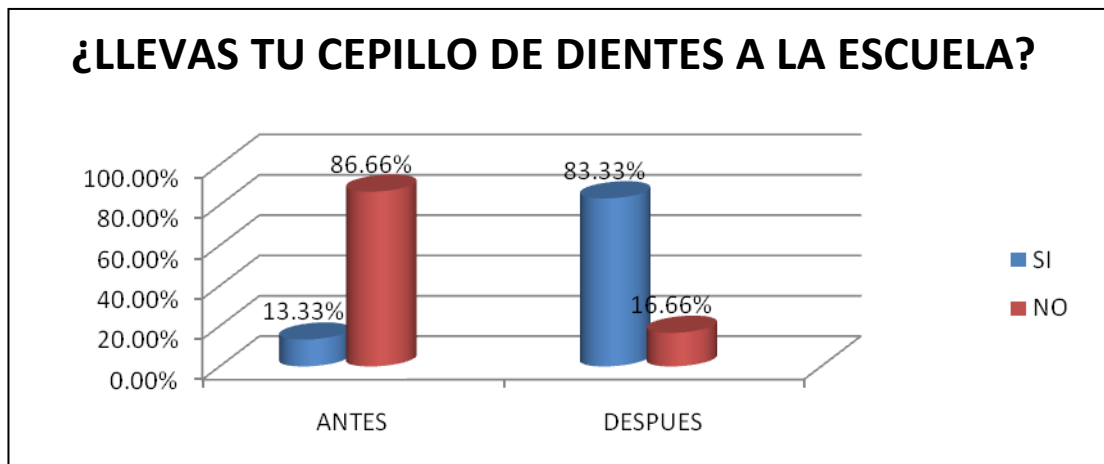
Cuadro 2. -¿Cuántas veces te cepillas los dientes al día? Podemos observar que al inicio del programa los alumnos que cepillaban sus dientes dos veces al día eran únicamente 12 y los que lo hacían tres veces eran 9 adolescentes. El termino del programa se aprecia un cambio favorable en los mismos pues ahora 14 alumnos realizan el cepillado dos veces al día mientras que 11 lo realizan tres veces siendo una minoría los que se cepillan sólo una vez .



INTERVALO DE TIEMPO EN QUE LOS PARTICIPANTES CAMBIAN SU CEPILLO DENTAL		
Intervalo de tiempo.	No. de participantes.	
	ANTES	DESPUES
3 meses.	5	25
6 meses.	16	5
1 año.	18	0
Nunca.	1	0

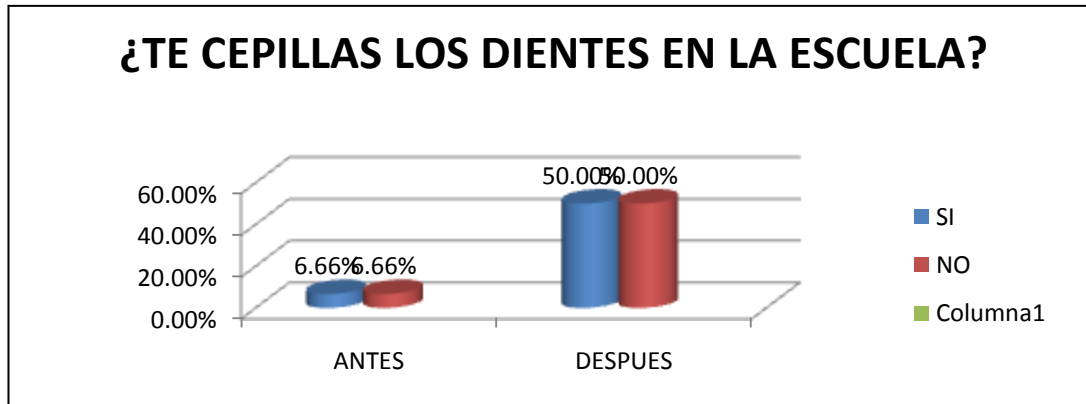
Fuente directa.

Cuadro 3. -¿Cada cuánto tiempo cambias tu cepillo dental? Al aplicar por primera vez el cuestionario, la mayoría de los 30 alumnos (18 encuestados) respondió que cambiaba su cepillo hasta pasado un año seguido por cada 6 meses (16 encuestados). Al término del programa 25 de los 30 participantes respondieron que ahora cambiaban su cepillo cada 3 meses mientras que sólo 5 esperarían hasta completar 6 meses.



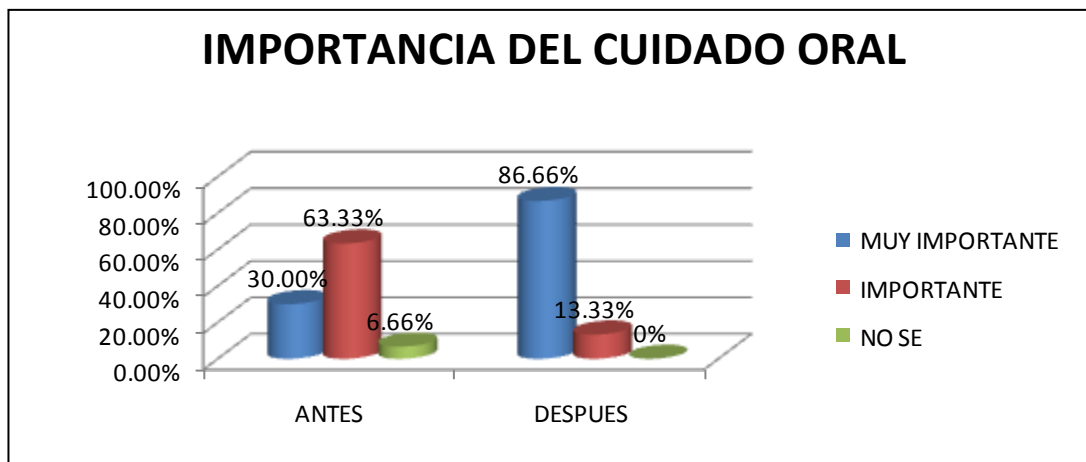
Fuente directa.

Gráfica 8. ¿Llevas tu cepillo de dientes a la escuela? En esta gráfica, al aplicar por primera vez el cuestionario, el 13 % de los alumnos (4) respondieron que SI mientras que el 87% (26) restante respondió que NO. Después de la plática, se obtuvo un resultado muy favorable pues el 83% (25 alumnos) respondió que SI y sólo el 17% (5) que NO.



Fuente directa.

Gráfica 9. ¿Te cepillas los dientes en la escuela? En esta gráfica, al aplicar por primera vez el cuestionario de los 4 alumnos que si llevaban su cepillo a la escuela, solo 2 se cepillaban los dientes, de tal manera que los otros dos llevaban su cepillo a pasear. Después de la plática, se obtuvo un resultado muy favorable pues de 25 alumnos que llevaban su cepillo a la escuela 15 se cepillaban los dientes aunque 10 seguían llevando su cepillo a pasear.



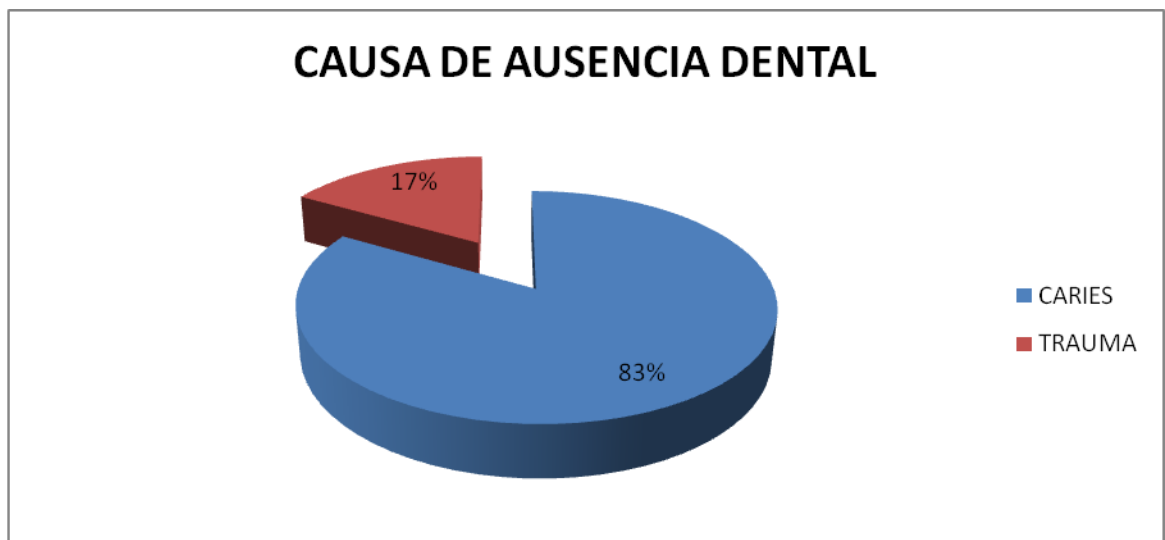
Fuente directa.

Gráfica 10. En cuanto a la percepción de los participantes respecto al cuidado de sus dientes y boca; al inicio del programa, la mayoría lo consideró muy importante con un 30% (9 individuos) e Importante con un 63% (19 individuos). Generando mayor interés con 86% para MUY IMPORTANTE (26 individuos) e IMPORTANTE con un 13% (4 individuos) al final del mismo.



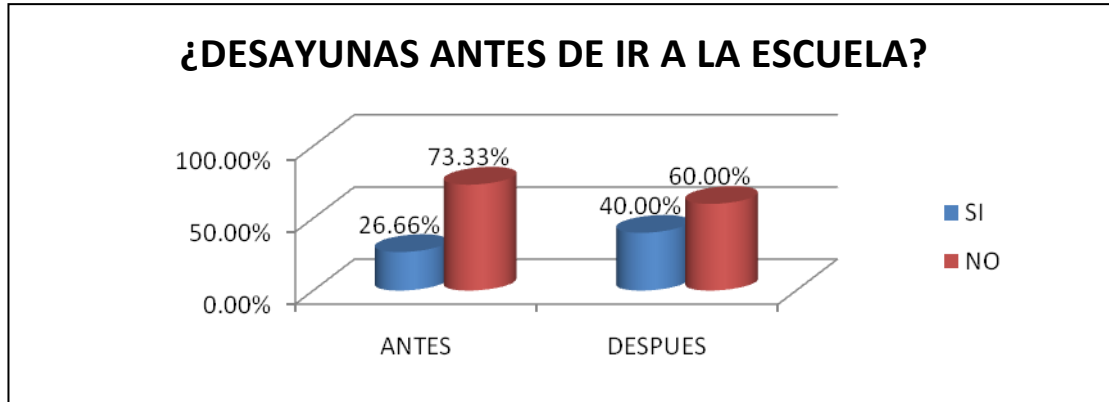
Fuente directa.

Gráfica 11. En esta gráfica, respecto a la ausencia dental, solo el 20% (6 encuestados) respondieron que SI mientras que el 80% restante (24 encuestados) respondió que NO.



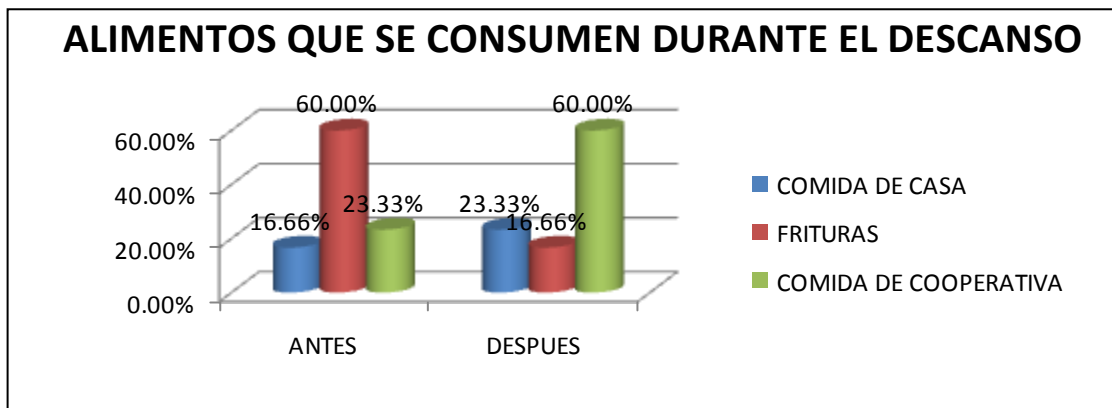
Fuente directa.

Gráfica 12. En esta gráfica, en relación a la causa de la ausencia dental, del 20% (6 individuos) que reportaron falta de uno o más órganos dentarios, la causa principal fue caries con un 83% seguida de trauma con un 17%, siendo los primeros molares, seguidos por los centrales superiores, los ausentes de mayor frecuencia.



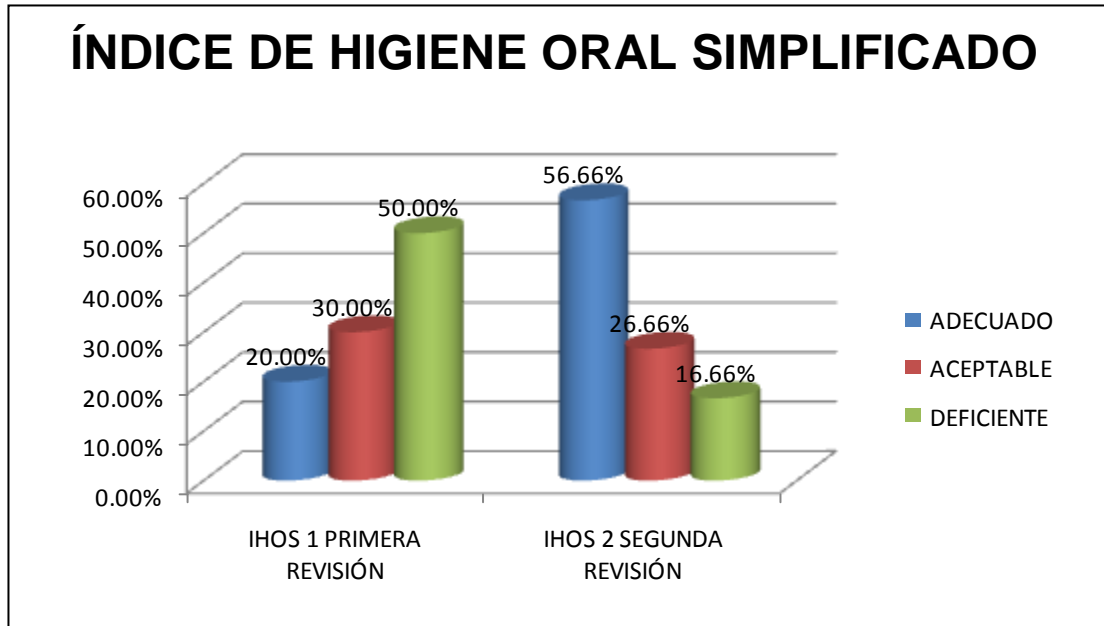
Fuente directa.

Gráfica 13. ¿Desayunas antes de ir a la escuela? En esta gráfica, al aplicar por primera vez el cuestionario, el 27 % de los alumnos (8) respondieron que SI mientras que el 73% (22) restante respondió que NO. Después de la plática, se obtuvo un resultado favorable pues el 40% (12 alumnos) respondió que SI y el 60% (18) que NO.



Fuente directa.

Gráfica 14. ¿A la hora del descanso comes? En esta gráfica los 30 encuestados si comen durante el receso, al aplicar por primera vez el cuestionario, reportaron que el producto que más consumen en dicho momento son las frituras, con un 60% (18 individuos), seguido por el alimento preparado en la cooperativa, con un 23% (7 individuos) y un 17% (5 individuos) lleva comida preparada en casa. Después de la plática, se obtuvo un resultado favorable pues el 60% (18 alumnos) ahora consumen alimento preparado en la cooperativa, un 23% (7 individuos) llevan comida preparada en casa y solo un 17% (5 individuos) continúan consumiendo frituras.



Fuente directa.

Gráfica 15. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO. En esta gráfica se comparan la primera y última revisión de IHOS, teniendo como resultado, en la primer revisión solo el 20% (6 alumnos) tuvieron un índice adecuado, 30% (9 alumnos) un índice aceptable y el 50% (15 alumnos) un índice deficiente. En la última revisión se obtuvo un índice adecuado de 56.6% (17 alumnos), aceptable 26.6% (8 alumnos) y sólo el 16.6% (5 alumnos) obtuvieron un índice deficiente.



6. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

El cuestionario constó de tres partes, en la primera, el objetivo era saber la situación personal de los adolescentes, como podemos observar en las gráficas correspondientes a cada pregunta, la segunda parte se realizó con el fin de obtener información sobre el cuidado de la salud oral y la tercera con el propósito de conocer los hábitos que tenían los alumnos respecto a la dieta.

Al implementar el Programa de Educación para la Salud, adoptaron las técnicas adecuadas para corregir malos hábitos y se logró fomentar el interés de los adolescentes respecto a la higiene oral.

Estos resultados se ven reflejados en las gráficas que se presentan, por lo que se puede inferir que el Programa de educación para la salud oral aplicado a alumnos inscritos en tercer grado en la secundaria para trabajadores No. 69 “Héroes Navales Mexicanos”, obtuvo resultados favorables de acuerdo a los objetivos planteados.



7. CONCLUSIONES

La caries y la enfermedad periodontal, en sus distintas formas, representan los problemas de salud más frecuentes en los adolescentes. La única posibilidad de mantener la salud oral, es prevenir estas enfermedades de forma anticipada a la instalación de las mismas.

La comunidad tiene que conocer su repercusión y los medios existentes para actuar tanto individual como colectivamente.

Un programa preventivo básico oral debe intentar conseguir tres objetivos:

- ✓ Higiene oral y asesoramiento dietético.
- ✓ Realización de medidas preventivas como aplicación de fluoruro y selladores de fosetas fisuras, en caso de ser necesario.
- ✓ Por último si se presentan casos de patologías orales, su objetivo es la rehabilitación y tratamiento odontológico integral.

Un programa de salud oral va a actuar sobre el individuo (alumno), sobre el medio escolar (profesores), y sobre el ámbito sanitario (actividades odontológicas y de enfermería), en coordinación y colaboración con otras instituciones y recursos de salud oral.

El ámbito ideal para el desarrollo de los programas de salud oral, son los equipos de atención primaria y los profesionales de salud oral integrados en los mismos, padres y profesores tienen un papel fundamental en la educación individual para la adquisición de hábitos higiénicos y dietéticos.



El programa de educación para la salud oral que se implementó, cumplió con los objetivos trazados, se debe resaltar que la población a la que le fue implementado este programa, participó activamente y mostró gran interés en esta actividad, tanto los alumnos como los profesores, por lo que se recomienda continuar con este tipo de programas para lograr sensibilizar a la población en general e informar de la importancia de preservar la salud oral.



Fuente directa



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. http://biblioweb.tic.unam.mx/diccionario/htm/articulos/sec_7.htm.
2. www.secundariasgenerales.tamaulipas.gob.mx.
3. http://www2.sepdf.gob.mx/que_hacemos/secundaria.jsp.
4. La Narvarte, entre copas e historias. INAH 2008. www.inah.gob.mx hallado en: http://dti.inah.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=913&Itemid.
5. Los adolescentes. Hallado en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_%28chp6%29_spa.pdf.
6. Medina J, Cielo S. Formación Cívica y Ética 1ª ed. Ciudad de México: Editorial Santillana, 2009. Pp.73-76.
7. Dr. Erik Erikson. Publicado en: Wikipedia. 2009. Hallado en: http://es.wikipedia.org/wiki/Erik_Erikson.
8. Secretaria de Salud. Dirección General de Información en Salud. Adolescents mortality. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [online]. 2005, vol. 62, no. 3, pp. 225-238. Disponible en: ISSN 1665-1146.
9. Rodríguez M. Mesa redonda: Adolescencia - Necesidad de creación de unidades de adolescencia. A Pediatric 2003; Vol. 58 Pp 104 - 106.
10. Adolescencia <http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>.



11. Texas Children's Hospital. Crecimiento y desarrollo de los adolescentes. Hallado en: <http://www2.texaschildrenshospital.org/internetarticles/uploadedfiles/54.pdf>.
12. <http://www.diariofemenino.com/familia/adolescentes/articulos/desarrollo-pechos-ninas-chicas-adolescentes/>.
13. <http://www.monografias.com/trabajos63/desarrollo-alteraciones-glandulas-mamarias/desarrollo-alteraciones-glandulas-mamarias2.shtml>.
14. Langner L, Chávez ME. Libro para el maestro de Formación Cívica y Ética I 1ª ed. Ciudad de México: Editorial Santillana, 2009 Pp. 86-91.
15. Academia Estadounidense de Psiquiatría del Niño y del Adolescente 1998. El Desarrollo Normal de la Adolescencia: La escuela intermedia y los primeros años de la secundaria. Información para la familia. No. 57 Hallado en: <http://www.aacap.org/page.ww?section=Informacion+para+la+Familia&name=el+Desarrollo+Normal+de+la+Adolescencia%3A+La+escuela+intermedia+y+los+primeros+anos+de+la+secundaria+No.+57>.
16. Departamento de Estado, Programas de Información Internacional. 2005. La salud en los adolescentes: problemas mundiales, retos locales. Periódico Electrónico USA. Disponible en: <http://usinfo.state.gov/journals/tgic/0105/ijgs/blum.htm>.
17. Enlow DH. Crecimiento maxilofacial. 3ª ed. México DF: McGraw Hill Inc; 1992.



18. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Clinical guide on adolescent oral health care. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry; 2005. 10 p.
19. Caries dental. Publicado en: Wikipedia. Hallado en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Caries>.
20. Lilienfeld D.E., Stolley P.D. Foundation of Epidemiology. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2002.
21. Janner J. 2009. El soporte de los dientes: periodonto. Disponible en: <http://ortodonciadultos.com/>.
22. Periodontitis. Publicado en: Periodontitis en línea. Disponible en: http://www.clinicafajardo.com/areaespecialidades/detalle.php?id=49_0_15_0_M10.
23. Alimentación versus caries Publicado en: Relación dieta y caries Disponible en: <http://ortodonziasalud.com.ar/2008/01/que-son-los-hidratos-de-carbono/>.
24. Rieth P. Atlas de Profilaxis de la Caries y Tratamiento conservador. 1^a ed. Barcelona. Editorial Salvat, 1990, Pp 17-29.
25. Harris NO, García GF, Odontología preventiva primaria. 1^a ed. México D.F. Editorial manual moderno. 2001, pp 83-85.
26. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. Publicado en el Diario oficial de la Federación de fecha 3 de febrero de 1983. Pp. 5.



27. Carranza. Newman. Periodontología Clínica. Edit. Mac Graw-Hill Interamericana. 1998. Capítulo 5 "Epidemiología de los trastornos gingival y periodontal" Pag. 73.
28. Lindhe Periodontología Clínica. . Edit. Médica Panamericana. 1992. Capítulo 2. Pag. 75.
29. Harris, García – Godoy., Odontología Preventiva Primaria, México, Ed. El Manual Moderno 2ª Edición 2005, pp 271- 273.
30. <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/18609/19665>.
31. http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf.



9. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL DIRIGIDO
A ADOLESCENTES INSCRITOS EN TERCER GRADO EN LA
ESCUELA SECUNDARIA PARA TRABAJADORES No. 69
“HÉROES NAVALES MEXICANOS”. 2012.

Fecha: / /

1.- DATOS PERSONALES

-Sexo:

1)Masculino 2)Femenino

-Edad en años cumplidos:

2.- INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD ORAL

-¿Cuándo fue tu última visita al dentista?

1)Hace 6 meses 2)Hace 1 año 3)Hace 3 años 4)Nunca 5)No lo recuerdo

-¿Cuál fue el motivo de la consulta?

1)Revisión 2)Dolor 3)Emergencia (Fractura, desalojo de obturación o prótesis)



-Asististe a consulta en:

- 1)IMSS 2)ISSSTE 3)Centro de salud o asistencia pública
4)Consultorio privado

-¿Sabes que tus encías se pueden enfermar?

- 1)Si 2)No

-¿Sabes qué es la placa dentobacteriana?

- 1)Si 2)No

-¿Llevas tu cepillo de dientes a la escuela?

- 1)Si 2)No

-¿Cómo te cepillas los dientes? _____

3.- HÁBITOS DE HIGIENE BUCODENTAL

-¿Cuántas veces te cepillas los dientes al día?

- 1) 0 2) 1 3) 2 4) 3 5) Mas de 3 veces al día.

-¿Usas pasta dental?

- 1)Si 2)No

-¿Empleas hilo dental?

- 1)Si 2)No

-¿Utilizas algún enjuague bucal?

- 1)Si 2)No



6. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

C			
P			
//////	17 - 16 V	11- 21 V	26- 27V
//////	47 - 46L	41- 31V	36- 37L
P			
C			
//////	IP =	IC=	IHOS=

IHOS 1= _____

C			
P			
//////	17 - 16 V	11- 21 V	26- 27V
//////	47 - 46L	41- 31V	36- 37L
P			
C			
//////	IP =	IC=	IHOS=

IHOS 2= _____