



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRÍPTICO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL
DIRIGIDO A ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

JONATHAN LÓPEZ MARTÍNEZ

TUTORA: Mtra. MARÍA CRISTINA SIFUENTES VALENZUELA



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.

A mis padres *Esther Martínez Trujillo* y a *David Alberto López Rodríguez* por su apoyo incondicional en cada cosa que realizo, por enseñarme que con trabajo, esfuerzo y dedicación se puede lograr y llegar muy lejos.

A mis hermanos *Erín López Martínez* y *Jesús López Martínez* por su ayuda, por apoyarme y ser de mis primeros pacientes durante la carrera, aunque en un principio me desesperaba me ayudaron a ser más paciente y a no darme por vencido.

A mis tíos *José López Rodríguez* y *Bertha Ángel Sandoval Trujillo* por su apoyo y confianza.

A mis amigos y hermanos de la carrera; *Elizabet Ferreiro Camacho*, *Omar Becerril Guzmán*, *Jaqueline Lara Treviño*, *Isaac Manzanita Loyola*, *Mario Pérez Trinidad*, *Lilibeth Suarez Cardaña*, *Irene López de Haro*, *Marycruz Parocua Mejía* y a *Esthefania García Castillejos* por permitirme compartir risas, enojos, preocupaciones y por su apoyo cuando las cosas se ponían difíciles.

A mis pacientes por la confianza, paciencia, comunicación y por no faltar a sus citas.

A mi segunda casa la *Universidad Nacional Autónoma de México* por permitirme realizar la carrera, por enseñarme y formarme como profesionista.

A la *Mtra. María Cristina Sifuentes Valenzuela* por permitirme trabajar con usted y apoyarme para concluir esta etapa de mi vida.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	5
2.1.1 Educación.....	5
2.1.2 Salud.....	5
2.1.3 Educación para la salud.....	7
2.2 LA ADOLESCENCIA Y LA SALUD BUCODENTAL.....	11
2.2.1 Características físicas, psicológicas y sociales.....	11
2.2.2 Enfermedades y alteraciones bucodentales.....	14
2.2.3 Factores de riesgo conductuales.....	23
2.2.4 Factores de riesgo asociados.....	36
2.3 MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL ADOLESCENTE.....	38
2.3.1 Higiene oral.....	38
2.3.2 Hábitos alimenticios.....	40
2.3.3 Aplicación tópica de flúor.....	41
2.3.4 Selladores de foseas y fisuras.....	42
2.3.5 Actividad física.....	43
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	44
IV. JUSTIFICACIÓN.....	45
V. OBJETIVO.....	46
5.1 Objetivo general.....	46
5.2 Objetivo específico.....	46
VI. METODOLOGÍA.....	47
VII. CONCLUSIONES.....	50
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXO (TRÍPTICO).....	56

I. INTRODUCCIÓN

Durante la vida del ser humano se transita por diferentes etapas de desarrollo, en las cuales se presentan cambios importantes para su crecimiento y madurez. La adolescencia es un periodo en el cual se producen cambios significativos en el crecimiento, así como en la maduración y personalidad los cuales están relacionados a modificaciones emocionales y de conducta, que pueden repercutir en su salud general y bucodental dejando secuelas durante toda la vida. Estos cambios se relacionan con la búsqueda de identidad, la aceptación por los demás y su autoimagen, que pueden ser influenciados por factores conductuales relacionados con el medio social y cultural donde se desarrolla, así como también por los hábitos que realiza el individuo en relación con su higiene bucal, dieta y actividad física.

Por ello, es necesario para los profesionistas de la salud, comprender los factores que condicionan o modifican conductas, que pueden repercutir en la salud general y/o bucodental del adolescente, para realizar una intervención y proporcionar las medidas preventivas, que coadyuven a su salud.

Con este propósito, en este trabajo se llevó a cabo el diseño y elaboración de un tríptico educativo dirigido a los adolescentes como material de apoyo, con la intención de proporcionar información relacionada con los factores de riesgo más comunes durante esta etapa y las acciones preventivas que se pueden efectuar para minimizar su susceptibilidad y/o evitar su desarrollo.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud en odontología es una combinación de experiencias de enseñanza-aprendizaje, orientadas a mejorar y mantener el bienestar de la salud bucal y sus estructuras adyacentes, por lo tanto, se deben abordar temas como la higiene bucal, hábitos alimenticios, medidas preventivas y factores de riesgo relacionados a éstos.¹

Esta actividad adquiere mayor importancia para los sectores limitados al acceso de servicio de salud, por lo que requiere ser valorada por el promotor o educador de la salud para comunicar los aspectos relevantes de protección en la vida del individuo.²

2.1.1 Educación

Se define como educación al proceso constante de experiencia aprendizaje adquirido durante todos los momentos de vida del ser humano, en relación a la familia y su entorno biopsicosocial, por otra parte, la educación no solo implica la transmisión de mensajes si no que es un proceso continuo e interactivo entre el que emite la enseñanza y el aprendiz.¹

La educación relaciona tres dominios de aprendizaje: cognoscitivo, afectivo y psicomotor. La cognición se refiere a la comprensión de la información (hechos sucesos, procesos), su análisis y aplicación; el afectivo incluye las creencias, actitudes y valores; y el psicomotor se interesa por las habilidades y las conductas.³

2.1.2 Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió en 1946 como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades” siendo ésta una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad de los miembros de cada pueblo, debe señalarse que los resultados alcanzados por cada estado de salud, se basarán en el fomento y

protección de la salud. Sin embargo, una de las grandes críticas a esta definición es que la salud no puede ser considerada como un estado estático.^{1,4}

De acuerdo con Vargas, la salud incluye la alegría de vivir, bienestar físico, social, psicológico, capacidad de la función y adaptación al medio, por lo tanto, no se considera un monopolio o responsabilidad únicamente del sector salud, ya que en estos aspectos se involucra o se obtiene del trabajo de todos en conjunto.¹⁰ No obstante, en este proceso se reconoce la intervención del sector salud, de los profesionistas del área hacia el individuo, quienes deben fomentar la prevención y promoción de su salud.² Todo lo anterior, respalda la vigencia en el reconocimiento del concepto, ya que se considera dinámico, histórico y se modifica de acuerdo a la época y condiciones ambientales.⁵

Salud pública: La salud pública es la rama de la medicina que actúa sobre toda la población, para fomentar la salud y la calidad de vida. Ésta utiliza métodos médicos, ecológicos y sociales los cuales requieren de la participación de la comunidad. Dichas actividades deben desarrollarse por instituciones de salud estatales o particulares.⁵

En odontología, la salud pública se define como la ciencia y práctica de prevenir enfermedades bucales, ya que relaciona el diagnóstico de los problemas de salud, establece su etiología, y se planifica una solución o soluciones efectivas a los problemas de salud bucal de la población. Para llevar a cabo esta encomienda, la salud pública realiza las siguientes funciones:

- Estudia las enfermedades de manera colectiva.
- Estima los factores de riesgos asociados con la enfermedad.
- Planifica y maneja los servicios de salud.

Asimismo, para cumplir éstas de manera integral e independiente se requiere de la participación de otras disciplinas, tales como la bioestadística, psicología, sociología y epidemiología.^{2,4}

2.1.3 Educación para la salud

La educación para la salud es el proceso dirigido a instruir a un individuo para desarrollar y perfeccionar sus facultades intelectuales en relación con los beneficios de su salud, bienestar personal, familiar y de la comunidad.⁶

De acuerdo con la OMS, este proceso comprende las oportunidades de aprendizaje y crean una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, por lo tanto, es una actividad orientada a incrementar el conocimiento y desarrollo de habilidades personales, con el propósito de favorecer la salud individual y de la comunidad. Por lo tanto, podemos describirla como una combinación de experiencias de enseñanza-aprendizaje, que promueven acciones voluntarias, llevando a la persona a cuidar y valorar su salud, evitando comportamientos de riesgo.^{1,3}

Por consiguiente, se pretende que se conserven o modifiquen hábitos que sean favorables para las personas, así como se conozca y emplee la enseñanza para utilizar los servicios sanitarios, y se promueva la participación individual y colectiva para mejorar su entorno. Evidentemente se tiene que conocer las actitudes anteriormente adquiridas, puesto que serán las bases en las que se lograrán las modificaciones de los estilos de vida, en este proceso es fundamental implementar la motivación puesto que favorecerá el interés y desarrollo de los individuos.⁷

Del mismo modo se tiene que partir de las necesidades de información en salud para determinar cuáles son los requerimientos educativos reales que presenta la población (comunidad o individual) para poder seleccionar los métodos, medios y procedimientos más eficaces para persuadir al individuo o población que contribuyan a cambiar la conducta respecto a su salud.⁷

De acuerdo con Díaz, todo el personal de salud en el ejercicio de su función como educador para la salud, debe seguir o reconocer cuatro principios básicos:

- Los receptores deben ser sujetos activos durante el proceso educativo.

- La información debe estar relacionada con el nivel cultural de la población.
- La educación para la salud debe formar parte de la dinámica cultural, y
- Se debe incidir en los valores y hábitos del individuo, así como en su comportamiento.¹

En el siguiente esquema, sugerido por Vargas, se identifican las acciones de la educación para la salud, donde su principal objetivo es motivar y persuadir a los individuos que conforman la sociedad, por lo tanto, es indispensable realizar un diagnóstico de necesidades (intercambio de ideas) para planificar actividades de enseñanza aprendizaje que impacten y modifiquen conductas en beneficio de su salud, ya sea de manera grupal o individual (figura 1).⁶

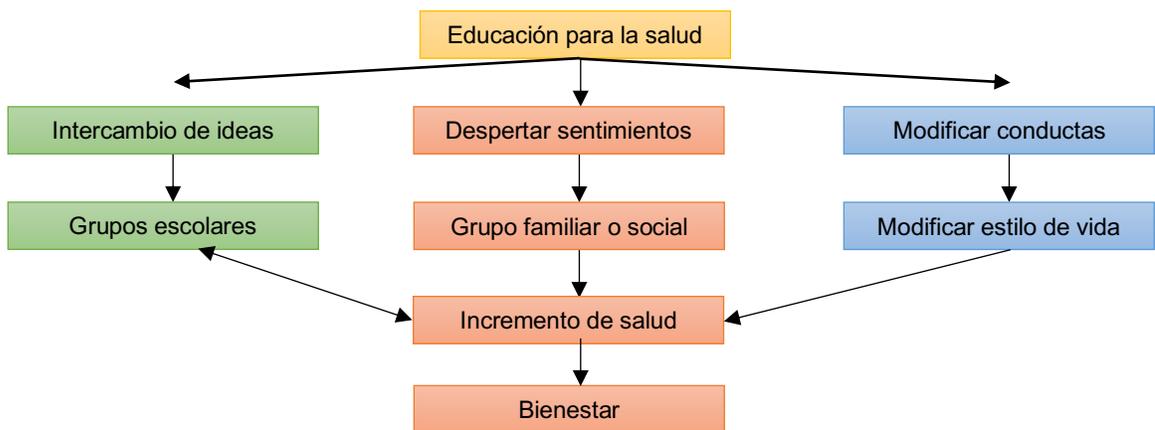


Figura 1 Acciones de la educación para la salud.

Metodología aplicada a la comunidad: La Organización Mundial de la Salud reconoce dos métodos en la relación que debe establecerse entre el educador y el educando. El método bidireccional donde existe un intercambio activo y el método unidireccional donde el receptor del mensaje no establece contacto directo.¹

Es decir, el método directo o bidireccional es aquel en el cual existe contacto frente a frente entre el educador y el educando, es empleado de manera individual o grupal con o sin apoyo de medios audiovisuales; dentro de éstos encontramos actividades individuales o grupales (clase, conferencia, juegos, demostraciones, teatro, foro y talleres) y medios (lecturas y videos). Por otra parte, en el método indirecto existe

una distancia en tiempo y espacio, manteniendo una comunicación utilizando la tecnología, de este modo se transmite información a un gran número de personas. Finalmente, en este método podemos emplear también el cartel, folletos, trípticos, la radio, la televisión, internet, fotografías, proverbios y videos educativos.¹

Las actividades de aprendizaje con relación a estos métodos deben tener cinco características esenciales: facilitar el logro de los objetivos, ser interesantes para mantener la motivación, ser accesibles, permitir la participación y tener estrecha relación con la vida de las personas.²

Asimismo, en el proceso como educadores para la salud, se debe considerar que, en la construcción del mensaje educativo, éste debe ser conciso y comprensible para poder persuadir y llamar la atención de la audiencia, así como, durante el acto educativo, motivarla y fomentar su participación para generar mayor conciencia sobre los problemas de salud a los que se enfrenta.⁸

Niveles de acción: De acuerdo con Díaz, se reconocen tres niveles de acción: masiva, grupal, e individual. La primera se usa cuando es necesario cambiar conductas o actitudes dentro de una población general; la segunda está dirigida a personas de grupos homogéneos para abordar determinados problemas o aspectos de su salud y por último el nivel individual se dirige a una sola persona para atender un problema o aspecto vinculado con su salud.¹

Campos de acción: El desarrollo de los campos de acción dependerá del problema de salud de las personas a quien va dirigida y el escenario donde se realizará. Cada uno de estos entornos presenta características específicas que se deben considerar en la implementación de un programa de educación para la salud, por la influencia que tiene en el cambio de conducta.^{2,3}

De acuerdo con Greene se identifican cuatro campos de acción, el comunitario, el sector educativo, el ambiente laboral y el ambiente clínico; en el comunitario, es

fundamental entender las necesidades y las características para capacitar a sus individuos y buscar el mejor modo para darles una respuesta, se pueden implementar acciones para inculcar hábitos positivos persuadiendo las agrupaciones de vecinos o líderes, familias, medios de comunicación, centros de salud y consultorios a través de programas educativos.^{1,3}

El sector educativo es perfecto para educar en salud, ya que los estudiantes niños y adolescentes atraviesan etapas de adaptación de comportamientos, además, su estancia prolongada en la escuela, permite implementar un programa educativo con todas las fases recomendadas, incluyendo la valoración a largo plazo para corroborar el impacto que tuvo para el logro de los objetivos. También se puede aprovechar los recursos, tales como la asistencia, las aulas, el personal educativo y los materiales impresos, haciendo que sea posible la difusión de la información.
1,3

En el ambiente laboral se pretende aplicar programas de control de peligros y reducción de riesgos enfocados a las enfermedades laborales, lesiones causadas por accidentes y factores de riesgo dentro del mismo. Dentro de las ventajas se destaca, que al proporcionar programas de salud en este ambiente se pueden disminuir costos crecientes de beneficio de salud, reducir el ausentismo y aumentar la productividad, resultando un beneficio para la empresa a largo plazo, que en algunas circunstancias considera este programa como improductivo por la interrupción de las labores del personal. ^{1,3}

Finalmente, el ambiente clínico donde las personas y el personal de salud se encuentran íntimamente relacionados o sensibles con su estado de salud siendo más fácil explicar y educar directamente al paciente sobre los cuidados de su salud, cabe mencionar que los profesionales en consultas privadas son también educadores sanitarios activos, no obstante, se destacan algunas desventajas como la falta de seguimiento e interés por parte del paciente hacia su tratamiento, dado que en la mayoría de las veces asisten por una urgencia; la falta de capacitación

para planear y ejecutar programas efectivos y la inversión monetaria por parte de las instituciones.^{1,3}

2.2 LA ADOLESCENCIA Y LA SALUD BUCODENTAL

Durante esta etapa es importante que el odontólogo identifique las características del desarrollo emocional de los adolescentes, estableciendo un lazo de confianza para lograr atraer el interés y la cooperación por la responsabilidad de su salud bucodental, algunos adolescentes son capaces de lograrlo fácilmente, pero existen algunos que no, por lo que el odontólogo debe mantener la función de enseñanza y motivación.^{2,9}

En esta etapa el adolescente suele tener una alta preocupación por la estética más que en cualquier otra edad, siendo esta característica una ventaja para motivar y persuadir su conducta en beneficio a su salud. Si la autoestima y la identidad emocional se ven afectadas suele mostrar abandono por su autocuidado, muchas veces evita el contacto visual consigo mismo y acaba por descuidar su apariencia, la alimentación, la salud general y en consecuencia su salud bucal.^{9,10}

Por lo tanto, los adolescentes son un grupo de referencia importante en odontología, ya que durante este periodo ocurren las principales variaciones dentales-maxilares, por lo que es importante motivarlo para que vaya asumiendo responsabilidades y cuidados relacionados a su salud bucodental.¹¹

2.2.1 Características físicas, psicológicas y sociales

La adolescencia es una etapa de transición del desarrollo que abarca de los 10 a los 19 años, caracterizada por los significativos cambios en el crecimiento del esqueleto facial y del cráneo. El crecimiento mandibular está presente debido a que las suturas faciales están abiertas, estos cambios no producen variación en la apariencia facial, pero pueden afectar las estructuras dentales. Se presentan modificaciones en el perfil y aumento en el área de la frente como resultado de la

neumatización de los senos frontales y aposición de la glabella. El crecimiento mandibular contribuye principalmente a los cambios de perfil.⁹

Generalmente, a los 12 años ya se cuenta con todos los dientes permanentes, con excepción quizá de los segundos molares que pueden aparecer hasta los 13 años y terceros molares que brotan entre los 17 a 21 años. A los 16 años, las raíces de todos los dientes se completan, el tercer molar concluye su formación radicular hasta los 25 años.⁹

Durante la adolescencia, también ocurren cambios hormonales que determinan las características sexuales secundarias, seguidas por modificaciones del crecimiento general, cambios de peso y proporciones del cuerpo, éstos suceden de una manera muy rápida. Los cambios hormonales hacen posible el aumento de peso, talla, masa muscular y ósea, adquiriendo la aparición de los caracteres sexuales externos o secundarios, el tiempo de su aparición varía entre los individuos. La regulación hormonal del crecimiento del cuerpo depende de la liberación de gonadotropinas, leptina, esteroides sexuales y hormonas de crecimiento. En este proceso otros órganos cambian, así el corazón, los pulmones, el hígado y los riñones experimentan el máximo crecimiento en la pubertad. Los músculos en el hombre tienen mayor desarrollo y en las mujeres hay un aumento de grasa corporal.^{11,12}

Además del crecimiento corporal y maduración sexual en el adolescente, se producen cambios en su desarrollo biopsicosocial, estos cambios van relacionados con la búsqueda de su identidad, la aceptación por los demás y su autoimagen por lo que suelen ser un grupo vulnerable por factores de riesgo conductuales tales como: ansiedad, consumo de tabaco, trastornos alimenticios, sedentarismo y depresión que pueden tener repercusiones en su salud general y bucodental.^{9,11}

En relación con su crecimiento cognitivo éste continúa desarrollándose debido a las actividades intelectuales que realiza, como lo es la capacidad del pensamiento abstracto que le permite solucionar problemas educacionales complejos. La

información nueva que recibe y la manera en que la analiza a menudo hacen que parezca rebelde o crítico.⁹

La autoestima y la identidad emocional pueden verse afectadas si no son adecuados los sentimientos de su propia imagen, Mursen y colaboradores señalaron algunas interpretaciones en relación con su autoestima:

- Ser o no atractivo
- Ser o no amado
- Ser débil o fuerte
- Ser masculino o femenino.⁹

Los cambios emocionales se verán relacionados y pueden variar debido a la orientación familiar, los valores propios del adolescente y de la sociedad.⁹

Durante esta época puede presentar cambios de carácter que preocupan a la familia y con frecuencia al propio adolescente, reflejando inestabilidad, agresión o altanería; puede también presentarse retraído, indiferente o excesivamente sensible; adoptar con frecuencia una actitud hostil o de rechazo hacia sus padres, como manifestación del deseo de independencia. Todos estos rasgos de conducta son transitorios, pero requieren de comprensión, tolerancia y cariño de sus padres, sin embargo, si se prolongan o exageran, es necesaria la ayuda médica o psicológica.⁹

El joven adolescente es capaz de establecer relaciones sexuales con su pareja, ser independiente de sus padres, colaborar con sus compañeros y tomar sus propias decisiones. La delincuencia, el suicidio, consumo de alcohol y drogas son ejemplos comunes de su adaptación social, ya que siente que es difícil compartir pensamientos y secretos con sus padres, otro cambio social asociado es el aumento y alcance de sus relaciones sociales, es decir trata de incrementar el número de amistades. Las siguientes características pueden estar relacionadas con su aceptación social:

- Actitud amistosa y empatía por otras personas.
- Entusiasmo por realizar actividades.
- Flexibilidad y comprensión.
- Buen sentido del humor.
- Tolerancia a su entorno social.
- Liderazgo.⁹

De igual forma en la búsqueda de identidad recurren a la moda, donde cada uno se identifica con todos dentro de un grupo, esta caracterización puede ser temporal hasta lograr su propia identidad.¹¹

2.2.2 Enfermedades y alteraciones bucodentales

El periodo que comprende la adolescencia está relacionado con los cambios dentarios, así mismo van acompañados por varias alteraciones bucales que pueden estar relacionadas con el crecimiento y factores de riesgo, tales como, el tabaquismo, alcoholismo, dificultad de higienización relacionados a mal posiciones dentales, aparatología ortodóntica y técnicas de cepillado inadecuadas, lo cual proporciona una alta prevalencia de presentar enfermedades bucales principalmente la caries y enfermedad periodontal.⁹

Caries: La caries es una enfermedad infecto contagiosa de origen microbiano, que se desarrolla en tejidos duros dentarios e inicia con una desmineralización del esmalte por ácidos orgánicos producidos por bacterias específicas que metabolizan los carbohidratos de la dieta. El proceso biológico que se produce es dinámico durante los primeros estadios, ya que se desmineraliza-remineraliza por lo que es posible controlar la progresión de la enfermedad.¹³

Se considera una enfermedad compleja ya que depende de múltiples factores (sustrato, microorganismo, huésped y tiempo) que actúan conjuntamente, provocando desmineralización dental. En la adolescencia estos factores se encuentran frecuentemente en desequilibrio, favoreciendo su incidencia.¹⁰ Figura 2

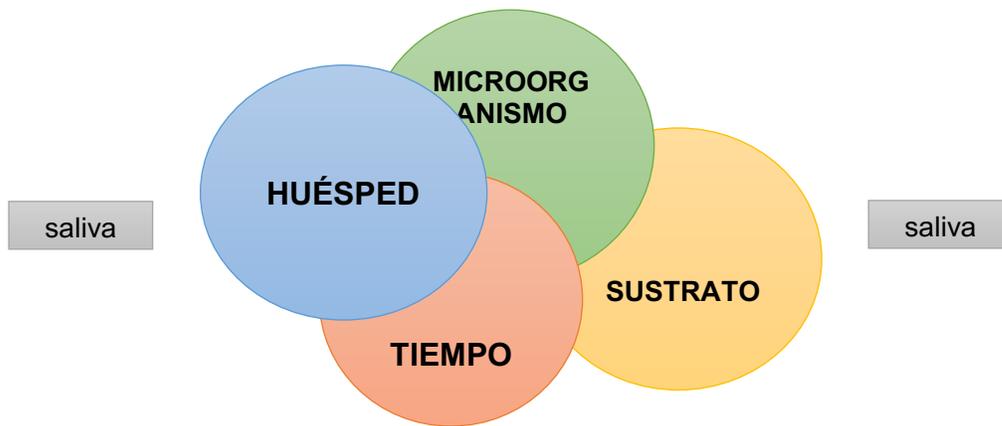


Figura 2 Anillo de Keyes representando los factores relacionados con la caries.¹³

Etiología: De acuerdo con Boj la caries es una enfermedad multifactorial ya que interaccionan los factores dependientes del huésped, la dieta, la placa dental y el tiempo.¹³

La placa dental es un depósito adherido sobre la superficie dentaria, compuesta de diversas comunidades bacterianas inmersas en una matriz extracelular de polisacáridos, su desarrollo ocurre en dos fases: en la primera la superficie bacteriana actúa en la película adherida, en la segunda la placa forma agregación y co-agregación de bacterias de la misma especie o de otras especies, produciendo matriz extracelular de polisacáridos, a las 24 horas se adhieren receptores de la película adquirida mediante adhesinas, fimbrias y fuerzas electrostáticas, principalmente cocos grampositivos (estreptococos) posteriormente, una co-agregación de gramnegativos y anaerobios facultativos, una vez establecida la microflora permanece estable y se le domina homeostasis bacteriana.¹³

Si la dieta es modificada y aparecen hidratos de carbono en exceso, se rompe la homeostasis y las bacterias se desplazan, adhiriéndose a la superficie dentaria, produciendo varios tipos de ácidos orgánicos, acético propionico, butírico y ácido láctico, este último por el streptococo mutans, propiciando la desmineralización dental, cabe señalar que el pH ácido producido está por debajo de los 5,5.¹³

La dieta representa uno de los factores de incidencia de la caries durante la adolescencia, pues a partir de este momento el individuo puede escoger libremente su alimentación y la opción puede no ser la más saludable, ya que el efectuar diversas actividades (escolares, deportivas, sociales o laborales) pueden limitar el tiempo asignado a su alimentación y optar por la comida rápida y chatarra.¹⁰

Las bacterias cariogénicas dependen de una fuente de sustrato externa para producir energía, siendo el ácido producto de su metabolismo, este sustrato consiste en la ingesta principalmente de azúcares fermentables en el medio bucal que son adquiridos por los hidratos de carbono.¹³

La presentación clínica depende de varios condicionantes: su actividad (caries activa o inactiva), su grado de evolución (incipiente en esmalte, caries en dentina superficial o profunda), su localización anatómica (caries en superficies lisas, caries de superficies oclusales, caries radicular) y presencia de tratamiento previo (caries secundaria o remanente).¹³

Enfermedad periodontal: Las manifestaciones clínicas de la enfermedad periodontal en adolescentes se asemejan a las encontradas en los adultos, la pérdida ósea por periodontitis ocurre en un bajo porcentaje, sin embargo, la gingivitis predomina en este grupo etario.⁹

Toda enfermedad periodontal durante la adolescencia es consecuencia del desequilibrio entre la microbiota y la respuesta del hospedero, por lo que pueden ser exacerbadas por factores hormonales y emocionales presentes durante esta etapa.¹⁰

La prevalencia, severidad y pronóstico de la enfermedad periodontal en personas jóvenes varía de acuerdo al diagnóstico, la examinación de los tejidos periodontales debe ser parte de la consulta dental de rutina y debe incluir una evaluación periodontal y su valoración.¹⁴

Gingivitis: La gingivitis es una enfermedad bacteriana asociada a inflamación y hemorragia gingival, es causada por la placa dentobacteriana, restos alimenticios y técnicas higiénicas inadecuadas.¹⁴

La exacerbación de la inflamación gingival puede estar asociada a cambios hormonales, las características de la gingivitis se relacionan con: inflamación gingival, agrandamiento en zonas interdentes, hemorragia espontánea o de fácil aparición. Alrededor de los 18 años de edad cesa el efecto hormonal. El primer paso para controlar la gingivitis consiste en eliminar cálculo y efectuar una técnica de cepillado eficiente para lograr una higiene adecuada; y dar seguimiento odontológico.⁹

La gingivitis inducida por placa dentobacteriana es la más común en adolescentes, sus características clínicas incluyen: enrojecimiento gingival, inflamación, sangrado gingival con ausencia de pérdida ósea por lo que se considera una enfermedad reversible si se proporciona la terapia adecuada (figura 3).¹⁴



Figura 3 Paciente masculino de 13 años de edad con características correspondientes a la gingivitis.

Un factor agravante relacionado a éste padecimiento es el uso de aparatos ortodónticos, así como la higiene inadecuada, el tratamiento de elección consiste en realizar control personal de placa, efectuando una técnica de cepillado adecuada que asegure la eliminación de cálculo y factores locales que retengan placa (restauraciones inadecuadas con márgenes subgingivales); la respuesta a la terapia se determina de ocho a doce semanas después de concluido el tratamiento.^{9,14}

Gingivitis ulcerosa necrosante: La gingivitis ulcerosa necrosante se ha reportado que se presenta con frecuencia entre los 15 y 30 años; se caracteriza por inflamación, dolor y sangrado gingival, úlceras necróticas que afectan las papilas interdentes, con apariencia de cráter, puede presentar una coloración grisácea blanquecina a lo largo del margen gingival (figura 4).¹⁴



Figura 4 Paciente masculino presentando sangrado y necrosis en papilas interdentes.

Esta enfermedad es atribuida a menudo al estrés o a un desequilibrio entre el huésped y los microorganismos propios de la cavidad bucal, así como a factores de riesgo como: higiene oral deficiente, tabaquismo, desnutrición e infección por VIH. Es considerada una infección bacteriana mixta, ya que incluye anaerobios y espiroquetas (*Fusobacterium*, *Selenomonas*, *Prevotella* y *Treponemas*).^{9,14}

El tratamiento en fase aguda consiste en eliminar la necrosis tisular activa, para evitar el dolor y malestar al realizar la ingesta de alimentos, se debe realizar la eliminación de placa dentobacteriana y cálculo dental, el agua oxigenada al 3% es útil para el desbridamiento de áreas necróticas, así como el uso de colutorio dental, el tratamiento suplementario de elección consiste en metronidazol o amoxicilina.¹⁴

Posteriormente, al finalizar el tratamiento de fase aguda, se deben eliminar los defectos residuales mediante gingivectomía o cirugía por colgajo.¹⁴

Periodontitis: La periodontitis consiste en la inflamación de los tejidos de soporte de los dientes, progresivamente destructivo en relación a la pérdida de hueso e inflamación de la encía.¹⁴

Periodontitis juvenil localizada: La periodontitis juvenil localizada tiende a presentarse en los miembros de la familia, se desconoce si existe un patrón genético. Los jóvenes entre 10 a 15 años se encuentran en riesgo de presentarla.⁹

Si la destrucción afecta las zonas interproximales entre los primeros molares permanentes e incisivos suele llamarse periodontitis agresiva localizada, en su mayoría la cantidad de depósitos microbianos no corresponde a su gravedad.¹⁴

El tratamiento consiste en medicamentos y mecanoterapias. El raspado y alisado radicular, y el curetaje ayudarán a disminuir los depósitos de microorganismos, así como el uso de tetraciclina, en casos más severos se requerirá de cirugía periodontal reconstructiva o extracción dental.⁹

Maloclusiones: Las maloclusiones son consideradas por la OMS como un problema de salud pública variable y ocupa el tercer lugar de prevalencia en las alteraciones bucales asociadas por factores genéticos y ambientales. Dentro de los factores de riesgo ambientales encontramos los hábitos parafuncionales que pueden estar presentes durante toda la vida, el grado de afectación dependerán de su frecuencia, intensidad y duración durante el desarrollo oclusal y pueden afectar tejidos óseos y faciales. Los factores de riesgo genéticos están relacionados con los patrones de crecimiento del maxilar y la mandíbula a consecuencia de los vectores de crecimiento establecidos por el patrón genético, asimismo podemos clasificarlas según sus causas en: dentarias, esqueléticas, funcionales y mixtas.^{15,16,17}

Las maloclusiones dentarias se relacionan con la posición inadecuada de los dientes; las esqueléticas se relacionan directamente con las bases óseas y pueden deberse a la falta o exceso de crecimiento de los maxilares y una malposición del

macizo craneofacial; las funcionales como su nombre, se asocian a una alteración de la función mandibular y muscular, y finalmente las mixtas donde están presentes más de dos tipos de maloclusiones. ^{17,18}

Los dientes se consideran un sitio etiológico, debido a que una alteración durante la dentición primaria puede incidir en la función que realizan como mantenedores de espacio naturales y durante la exfoliación pueden propiciar maloclusión, deformidad dentofacial y variaciones como: giroversiones, mal posición dentaria, ausencia dental, discrepancia de tamaño o número originando maloclusión. ¹⁸

Angle propone una clasificación en relación a la posición anteroposterior de los maxilares. La clasificación se basa en su hipótesis sobre el primer molar permanente superior (ya que con mayor frecuencia ocupan su posición ideal natural) y la divide en tres categorías:

- Clase I (neutroclusión): Son aquellas en las que hay una relación anteroposterior normal entre maxilar superior e inferior, la cúspide mesiovestibular ocluye en el surco oclusovestibular del molar inferior (figura 5). ¹⁷

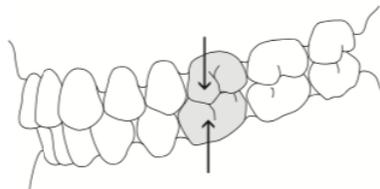


Figura 5 Clase I de Angle.

- Clase II (distoclusión): La arcada inferior se encuentra en relación distal o posterior a la superior, el surco oclusovestibular del molar inferior está más posterior o distal a la cúspide mesiovestibular del molar superior (figura 6). ¹⁷

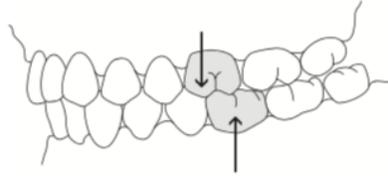


Figura 6 Clase II de Angle.

- Clase III (mesioclusión): La arcada inferior se encuentra más mesial o anterior en relación al maxilar con base a la relación molar, el surco oclusivo del primer molar inferior está más anterior o mesial de lo normal respecto a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior (figura 7).¹⁷

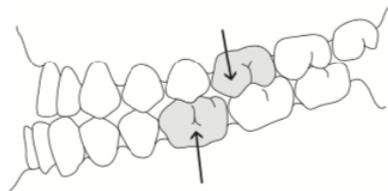


Figura 7 Clase III de Angle.

Hábitos parafuncionales: Un hábito por definición es la facilidad que adquiere una persona para repetir determinada actividad, los hábitos orales son comportamientos parafuncionales que pueden aparecer en determinado momento y pueden persistir durante toda la vida, dando origen a una maloclusión.¹⁹

De acuerdo con Olson el hábito oral más común es la succión digital, seguido de la onicofagia y queilofagia. Para realizar un diagnóstico adecuado, es necesario realizar un buen examen clínico, evaluando la función y morfología de lengua, labios y musculatura facial, así como analizar los dientes individualmente y el tipo de oclusión.¹⁹

Onicofagia: La onicofagia hace referencia al hábito de morderse y comerse las uñas, generalmente vinculado a un estado psicoemocional de ansiedad o estrés, se observa entre los 4 y 7 años, se estabiliza de los 7 a los 10 años y aumenta considerablemente durante la adolescencia. A nivel oral se encuentra apiñamiento, rotación, desgaste, fracturas, protrusión de los incisivos, destrucción periodontal de la zona anterior y onicomycosis; para dejar este hábito es necesario motivar al paciente, castigar o amenazar no es útil; para los casos leves no se necesita tratamiento, pero en situaciones más graves la atención debe involucrar la eliminación de factores emocionales, centrándose en la autoconfianza y autoestima del paciente. Asimismo, se recomiendan actividades al aire libre donde utilicen sus manos. ^{9,19}

Queilofagia: La queilofagia es el hábito de succión y mordedura de uno o ambos labios, generalmente el inferior y puede manifestarse en cualquier edad, va acompañada de grietas, sequedad, erosión, irritación de uno o de ambos labios o borde bermellón, se asocia con la protrusión de los incisivos superiores y desplazamiento lingual de los incisivos inferiores. ^{9,19}

Este hábito puede ser consecuencia de una maloclusión clase II o un desequilibrio muscular orofacial, asociado con alteraciones en el crecimiento óseo, mal posición dental y deformaciones dentofaciales mismas que pueden variar según la localización, severidad, frecuencia y longevidad de la costumbre. Dentro del tratamiento podemos utilizar un escudo labial para inhibir la presión del músculo oblicuo de los labios recuperando espacio, vestibularizando los incisivos, aumentando la longitud y ancho del arco, los resultados dependerán de la posición del labio y la altura del escudo labial. ^{9,19} Figura 8



Figura 8 Escudo labial. ¹⁸

Empuje lingual: Es la protrusión de la lengua entre los incisivos o los segmentos bucales durante la deglución. Fletcher en 1961 reportó en un estudio realizado que más de la mitad de los pacientes de 6 y 7 años de edad tenían empuje lingual y menos del 25% en pacientes adolescentes de 16 a 18 años.¹⁹

El empuje lingual se clasifica como simple o complejo; en el simple existe una contracción de labios, músculos mentonianos y elevadores mandibulares los dientes posteriores están en oclusión y la lengua se encuentra en protrusión; en el complejo existe un empuje lingual con deglución y dientes separados, contracción en labios, músculos faciales y mentonianos, no hay contracción de los elevadores mandibulares.¹⁹

En 1965 Brauer propone una clasificación alterna de la deglución con empuje lingual con base en la deformidad producida, dividiéndola en cuatro tipos:

- Tipo I: no deformante
- Tipo II deformante anterior
- Tipo III: deformante lateral
- Tipo IV: deformante anterior y lateral

El tratamiento consiste en modificar los patrones funcionales orales con tratamiento ortodóncico o un reposicionamiento quirúrgico de los maxilares.^{9,19}

2.2.3 Factores de riesgo conductuales

Los problemas relacionados con la salud mental y su conducta han ido en aumento por múltiples factores que de manera directa o indirecta inciden en ellos, como lo son: la desorganización familiar, las condiciones económicas, el alcoholismo y la drogadicción.²⁰

La adolescencia es un periodo con características biopsicosociales, donde la imagen corporal es fundamental, este periodo está relacionado con el crecimiento y

maduración por lo que tendrá repercusión sobre la formación de la personalidad y de la propia imagen.²¹

Autoestima: La autoestima se define como el aprecio o consideración que uno tiene de sí mismo. La adolescencia es una etapa de cambios bruscos en el desarrollo físico y psicológico enfrentando miedos, dudas, desiciones, inseguridad, en el cual es fundamental la autoestima, ya que este factor puede impactar gradualmente en el rendimiento escolar, las relaciones sociales e incluso sobre la salud.²¹

Es por ello, que resulta fundamental que durante la adolescencia se refuerce la formación de la autoestima, por medio de hábitos de refuerzo, trabajo bien hecho, autodominio, autodiciplina y favoreciendo la adquisición de virtudes como la fortaleza, paciencia y perseverancia, evitando malos hábitos o posturas psicológicas permisivas.²¹

El desagrado de su apariencia física es consecuencia de daños psicológicos tales como:

- Bajos niveles de autoestima (la persona no se valora lo suficiente).
- Ansiedad (el individuo busca mejorar su apariencia física).
- Depresión (el adolescente detesta su apariencia física, creando pensamientos negativos y de desesperanza).
- Conducta antisocial.
- Transtornos alimentarios.²¹

Todo el personal de salud tiene la responsabilidad de orientar a los adolescentes en el conocimiento de su cuerpo y desarrollar una visión más realista y positiva sobre sí mismos, así como proporcionar información sobre hábitos que favorezcan su salud.

21

Ansiedad: Las reacciones de miedo y ansiedad son reacciones fisiológicas de defensa ante peligros potenciales, sirven para que el individuo esté en estado de alerta ante posibles amenazas. La ansiedad fisiológica se activa ante un peligro inmediato y es de carácter adaptativo, su finalidad es mantener la integridad del individuo. ^{21,22}

El adolescente que presenta un cuadro de ansiedad, tiene un temor incontrolable a que los padres mueran en un accidente, dañar físicamente a alguna persona, así como constantes pensamientos sobre lo que debe o no debe hacer. ^{21,22}

El tratamiento se basará en psicoterapia, asesoramiento familiar, así como también en la realización de actividades físicas. ^{21,22}

Depresión: La depresión se define como un estado psicológico no patológico en el cual persiste la pérdida de interés en las actividades cotidianas. De acuerdo con Redondo, se clasifica como depresión de inferioridad, en la cual existe una baja autoestima y un sentimiento de inferioridad en relación a un área en particular, escolar o de aspecto físico y depresión del abandono en la cual existen sentimientos de vacío y recuerdo de separación, este tipo de depresión se observa en adolescentes con carencias de cuidados maternos. ²¹

Adicciones: Los cambios sociales derivados de variaciones de dinámica y composición demográfica, así como el número, cantidad de personas y crisis económicas, incrementan el uso de drogas y adicciones, afectando la vida de las personas en el ámbito individual, familiar y social, siendo los adolescentes un grupo vulnerable influenciados por factores de riesgo de naturaleza psicológica, social o biológica. ²³ Figura 9

Factor de riesgo	Características
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos hormonales: Los adolescentes con altos niveles de andrógenos pueden ser más agresivos y comprometerse en conductas de riesgo. • Predisposición genética: hijos con antecedentes de consumo de los padres.
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes impulsivos o que buscan nuevas emociones pueden presentar alto riesgo de abuso de drogas o sustancias. • Problemas psiquiátricos como el trastorno del déficit de atención, hiperactividad, depresión, personalidad antisocial y trastornos de conducta. • Baja autoestima, inmadurez, desequilibrio afectivo, impulsividad, rebeldía y dificultad para relacionarse.
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Indiferencia de los padres, falta de comunicación y afecto. • Conflictos familiares y mala relación padre-hijo.
Escolares	<ul style="list-style-type: none"> • Fracaso escolar, mala adaptación y déficit de atención.
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Presiones de grupo, amigos consumidores de drogas y sustancias.

Figura 9 Factores de riesgo predisponentes para generar una adicción. ^{21,24}

Los factores que determinan que se desarrolle un problema o abuso de dependencia son de naturaleza multifactorial, se han identificado factores individuales, del grupo de amigos, familiares, así como también de vulnerabilidad genética, ésta última se verá incrementada en presencia de los otros factores de riesgo. ²¹

Entre los factores de riesgo sociales, se tiene que destacar la disponibilidad y costo de la sustancia, los efectos de los medios de comunicación, el estatus legal de su uso, la disponibilidad de otras fuentes para obtenerla y la presión del grupo de amigos; entre los factores de riesgo individuales se verán relacionados con las características y patrones de personalidad. La personalidad antisocial y el trastorno de déficit de atención e hiperactividad son patrones que están asociados a un riesgo alto de abuso de sustancias; cabe señalar que los trastornos depresivos y de ansiedad pueden predisponer al consumo de sustancias. ²¹

De acuerdo con Medina, el principal factor de riesgo para presentar una adicción se origina en el núcleo familiar como la desorganización familiar, presencia de problemas afectivos y ausencia de los padres.²³

Para algunos adolescentes experimentar el consumo de drogas es una forma o la antesala de iniciar la fase de independencia, haciéndolo de una manera ocasional. La presión social para permanecer a un grupo de iguales suele ser el motivo para aumentar el consumo y la dependencia de drogas.²³

Drogadicción: La Organización Mundial de la Salud, define una droga como aquella sustancia de origen biológico, mineral o sintético que introducida en el organismo por cualquier vía de administración puede alterar el sistema nervioso del individuo. Cualquier droga legal o ilegal representa un riesgo y su abuso puede causar una adicción.²⁴

El uso de drogas en el ámbito familiar, la conflictividad entre padres y adolescentes, y un estilo educacional con falta de supervisión son factores que predisponen el consumo de drogas.²⁵

Donald, clasifica las etapas de consumo de drogas de la siguiente forma:

- Etapa 0 curiosidad: el adolescente al estar inmerso en una etapa de cambios físicos, psicológicos y sociales es una persona vulnerable, siempre habrá alguien que ofrezca estas sustancias prohibidas, además de que pueden generar curiosidad.
- Etapa 1 aprendizaje: el consumo tiene lugar en las actividades en grupo y la presión va hacer muy importante para que siga consumiendo, ya que relaciona los cambios de humor inducidos por las drogas encontrando un alivio temporal.
- Etapa 2 búsqueda: busca el estado de ánimo que le produce una droga, se siente orgulloso y experto, su consumo aumenta relativamente.
- Etapa 3 preocupación: llega a tener una obsesión por la droga que consume y por los cambios psicológicos que le ocasiona, pierde el control de su vida, sufre

cambios emocionales llegando al fracaso y abandono escolar y a cometer robos, peleas y mentiras patológicas.

- Etapa 4 destrucción: necesita consumir drogas a cualquier precio, la droga ya no le produce euforia, con frecuencia sufre depresión y sentimientos de culpa, remordimiento y vergüenza, el deterioro afecta su salud física y mental (figura 10).²³

	Efecto que se busca o produce	Efectos secundarios
Drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Euforia • Bienestar • Relajación • Agudización perceptual (auditiva visual) • Alteración en el tiempo y espacio • Productividad de fantasías • Diminución de la coordinación corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación de las pupilas • Sequedad en boca (xerostomía) • Disminución de la memoria • Pérdida de energía, apatía, falta de eficacia • Disminución de los tiempos de reacción a estímulos visuales y auditivos. • Aumento de apetito • Irritabilidad, nerviosismo, insomnio. • Taquicardia.

Figura 10 Características y efectos de la drogadicción.

Clínicamente en un adolescente que consume algún tipo de droga de forma habitual se identifican dos tipos de síntomas:

- Sintomatología de tipo crónico: Cambio de humor, y síntomas desde depresión hasta euforia, son también comunes las alteraciones de comportamiento y la capacidad cognitiva del adolescente (dificultad para concentrarse y capacidad de atención), fracaso escolar y conflictos interpersonales.
- Síntoma de intoxicación aguda: Alteración a nivel de conciencia, cognición, percepción, afecto, comportamiento o funciones psicofisiológicas, que se producen como respuesta asociada a los efectos de una sustancia, teniendo repercusiones irreversibles en tejidos.²¹

La mejor forma de identificar y diagnosticar un trastorno por el uso de drogas, es realizando una historia clínica íntegra, creando un ambiente de confianza y seguridad, comenzando con una anamnesis completa centrandose algunos aspectos tales como: edad del inicio del consumo, problemas escolares, actividades extraescolares, comunicación con sus padres y problemas emocionales. El

tratamiento dependerá de la etapa del consumo, apoyo familiar y experiencia del profesional. ²⁴

Alcoholismo: El alcohol es considerado como un estimulante, pero en realidad es una sustancia deprimente, parece reducir la fatiga, hoy en día el abuso del alcohol es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, la OMS reconoce que en la adolescencia se utiliza alcohol con mayor frecuencia e incidencia, a una edad en la que el consumo está prohibido por la ley.^{25,26}

Actualmente, la población adolescente copia los modelos adultos asociados con el consumo de bebidas alcohólicas. Los adolescentes de hoy parecen desarrollarse en un ambiente donde se tolera y se promueve el consumo de bebidas alcohólicas. De acuerdo con Medina, el 67% de varones y el 77% de mujeres han bebido por lo menos una copa de alcohol antes de cumplir los 18 años, el consumo alto (más de 5 copas) al menos una vez por mes y llega a 3.6% en varones y 1.5% en mujeres de 12 a 17 años. ²³

El consumo excesivo de alcohol tiene efectos negativos sobre la salud, relacionados con problemas neurológicos, cardiovasculares o digestivos y repercusiones en la cavidad oral, relacionados de manera directa con la enfermedad periodontal, la aparición de caries, halitosis y lesiones orales; el alcohol reseca la mucosa oral y la debilita siendo más susceptible al ataque de bacterias de la flora bucal y atrofia epitelial, generando una susceptibilidad más alta ante problemas gingivales (figura 11). ^{21,23}

	Efecto que se busca o produce	Efectos secundarios
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Euforia • Relajación • Disminuye el dolor y ansiedad • Disminuye la atención y el rendimiento intelectual • Alteración de la visión y percepción • Lenguaje confuso • Confusión mental y desorientación 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparato digestivo: inflamación, úlceras • Aparato circulatorio: infartos • Sistema nervioso: demencia, delirios, pérdida de memoria • Alto riesgo de accidentes relacionados a la conducción • Dificultades en el plano educativo o emocional • Efectos carcinogénicos a nivel de esófago, garganta, laringe, hígado y mama.

Figura 11 Características y efectos del alcoholismo.

Tabaquismo: Se denomina tabaquismo al consumo habitual de hojas de nicotina tabacum, es considerada una toxicomanía que crea hábito y síntoma de abstinencia, las consecuencias de fumar no solo afectan al fumador si no a sus familiares, amigos y compañeros haciendo que éstos se conviertan en fumadores pasivos. ^{23,25}

Se denominan una serie de características del fumador, catalogando como una persona que tiene adicción a la nicotina, y al consumo del cigarrillo, el tabaquismo no solo constituye un factor de riesgo a otras enfermedades si no que, es una enfermedad en sí misma.²⁷

De acuerdo con Tapia, el tabaquismo es una enfermedad que no se ha podido erradicar y la prevalencia en jóvenes de 13 años en adelante ha aumentado significativamente.²⁵

El cigarrillo contiene más de cuatro mil químicos, muchos de ellos venenosos a altas dosis, algunos de los peores son: la nicotina, el arsénico, el metanol, antimonio y el butanol, cada vez que se inhala humo, pequeñas cantidades de estos químicos van hacia la sangre a través de los pulmones, la nicotina es una droga psicoactiva y potente modificador de conductas, capaz de producir severa dependencia química en el consumidor.²⁷

El hábito de fumar está asociado a cambios perjudiciales dentro la cavidad bucal, alterando el microambiente, predispone a la aparición de lesiones como: cáncer bucal, estomatitis nicotínica, melanomas, heridas en la mucosa, lengua vellosa y halitosis, el tabaquismo posee una acción sobre la saliva la cual se ve aumentada y favorece la mineralización de la placa dentobacteriana, la aparición de enfermedades periodontales y enfermedades respiratorias como el cáncer pulmonar. ^{23,27} Figura 12

	Efecto que se busca o produce	Efectos secundarios
Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Placer • Relajación • Reducción de ansiedad y estrés • Disminución de hambre 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de infecciones respiratorias y riesgo de cáncer pulmonar, laringe y órganos digestivos. • Efectos nocivos sobre la mucosa bucal que produce enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis).

Figura 12 Características y efectos del tabaquismo. ²³

Trastornos de la alimentación: Los trastornos de la alimentación son enfermedades devastadoras que han tenido gran relevancia en adolescentes de todas clases sociales, estos trastornos son enfermedades psiquiátricas debilitantes en donde persiste una alteración en los hábitos alimenticios y conductas de control de pesos que causan complicaciones en la salud.²⁸

Es muy importante identificar a tiempo estos trastornos ya que conllevan a complicaciones cardiovasculares, renales, digestivas, óseas, hematológicas, endocrinas y bucales.²⁸

En los adolescentes existen ciertos factores de riesgo relacionados con el trastorno alimenticio, como:

- Factores familiares: la familia juega un papel importante ya que el exceso de protección deja poca iniciativa al adolescente, fomentando la falta de habilidades para tomar decisiones, lo que propicia su vulnerabilidad a seguir ciertos patrones de moda y determinadas dietas, generalmente influenciados por los medios de comunicación.
- Factores de vulnerabilidad: se identifican con diversos receptores personales como no aceptarse como persona, tener baja autoestima; falta de seguridad, ser demasiado perfeccionista, tener auto exigencias y preocuparse en exceso por su apariencia física.
- Factores temporales: experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones, cambios corporales y todos los aspectos que pueden alterar a una persona por falta de madurez.^{29,30}

Anorexia nerviosa: La Organización Mundial de la Salud, define a la anorexia nerviosa como un trastorno caracterizado por la pérdida deliberada de peso, siendo inducida o mantenida por el mismo enfermo, este trastorno generalmente se presenta en mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes.^{29,30}

En la anorexia nerviosa existe un afán por bajar de peso, los enfermos tienden a ver la pérdida de peso como un logro, por lo que su motivación al cambio es limitada, generalmente tienen muy poca conciencia y en muchos casos la familia desconoce los síntomas, la pérdida de peso resulta de una fuerte restricción de alimentos, otras conductas asociadas son el ejercicio excesivo y el vómito inducido, así como el abuso de laxantes y diuréticos.²⁸

La asociación psiquiátrica americana la clasifica en dos tipos:

- Restictivo: el enfermo restringe la ingesta de alimentos.
- Compulsivo/purgativo: el enfermo recurre regularmente a atracones y purgas (provocación de vómito uso de laxantes y diuréticos).³⁰

Dentro de las características psicológicas de la anorexia encontramos que el individuo tiene una autoimagen distorsionada, baja autoestima, depresión, pensamientos obsesivos y tendencia al perfeccionismo, escasa comunicación con los demás e irritabilidad.²⁸

Los pacientes niegan tener hambre, así como estar delgados o sentirse cansados, tienen un aspecto desnutrido, las manifestaciones físicas habituales son: pelo seco y quebradizo, hipercarotemia, intolerancia al frío y cianosis en extremidades así como complicaciones cardiovasculares (braquicardia, hipotensión y arritmias), gastrointestinales (retraso del vaciamiento gástrico, disminución de la movilidad intestinal y estreñimiento), la grasa corporal puede llegar a ser indetectable, en la cavidad bucal se pueden observar erosiones dentales, enfermedad periodontal, xerostomía, sialoadenitis en glándulas salivales principalmente la parótida.^{28,29}

El tratamiento consiste en atención médica y psicoterapéutica, terapia familiar, grupal y ambas, consulta ginecológica, psiquiátrica y nutricional con profesionales especializados.²⁸

Bulimia nerviosa: La bulimia nerviosa es un síndrome en el cual existen episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control de peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.³⁰

Se origina a partir de múltiples factores relacionados con su personalidad, presiones familiares y una sociedad en la que hay una obsesión por la delgadez, a diferencia de los pacientes con anorexias éstos pueden tener un peso normal, aunque en ocasiones puede ser deficiente o excesivo, dan mucha importancia a la forma y tamaño del cuerpo, sintiéndose frustrados por su incapacidad de lograr un peso inferior al normal.²⁸

La asociación psiquiátrica americana la clasifica en:

- Tipo purgativo: usualmente se autoinduce al vómito o abusa de laxantes o diuréticos para prevenir el aumento de peso.
- Tipo no purgativo: la persona usa otras conductas compensatorias no purgativas como el ayuno o el ejercicio excesivo, pero no se provoca vómito ni abusa de laxantes o diuréticos.³⁰

Dentro de las características psicológicas éstos presentan: estado de ánimo lábil, frustración, impulsividad, depresión mayor, trastorno de ansiedad y personalidad. A diferencia de los pacientes con anorexia, éstos suelen avergonzarse de sus síntomas por lo que facilita su compromiso con el tratamiento.²⁸

Los pacientes con bulimia tienen una preocupación exagerada por la figura y peso corporal, así como excesivo temor a engordar, las alteraciones bucodentales en

pacientes con bulimia son similares a los pacientes con anorexia, encontrando erosión dental, enfermedad periodontal, sialoadenitis, xerostomía y lesiones en tejidos blandos. (figura 13).³⁰

Alteración bucodental	Manifestaciones clínicas
Erosión dental	<ul style="list-style-type: none"> Desmineralización de la matriz inorgánica con disolución de cristales de hidroxapatita, afectando directamente el esmalte que es provocada por ácido del vómito con un pH de 2.
Alteraciones periodontales	<ul style="list-style-type: none"> Pérdida de densidad ósea en piezas dentales con alteraciones periodontales relacionadas con una escasa o nula ingesta de nutrientes esenciales para el mantenimiento de los tejidos de soporte.
Sialoadenitis	<ul style="list-style-type: none"> Inflamación bacteriana de las glándulas salivales asociadas con la condición crónica de vomitar.
Xerostomía	<ul style="list-style-type: none"> Sensación de sequedad de la mucosa debido a la disminución funcional o patológica de la saliva, la cual puede complicarse con candidiasis, caries dental o gingivitis.
Lesiones en tejidos blandos	<ul style="list-style-type: none"> Eritema como consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico, afectando la mucosa de revestimiento, así como la deficiencia de vitaminas alterando el recambio epitelial produciendo queilosis, candidiasis y úlceras.

Figura 13 Alteraciones bucales y sus características en anorexia y bulimia.

El tratamiento recomendado se basa en la reeducación y normalización de hábitos alimentarios, así como sugerir hacer cuatro o cinco comidas al día y terapia psicológica.³⁰

Obesidad y sobrepeso: La OMS considera a la obesidad como una epidemia global, constituyéndose en un importante problema en la salud pública atribuidos a los cambios ambientales y a los estilos de vida.³¹

El sobrepeso y la obesidad tienen graves consecuencias para la salud, el riesgo aumenta progresivamente a medida que lo hace el índice de masa corporal, ya que al estar aumentado contribuye a un factor de riesgo importante para presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer.³¹

Esta transición nutricional se caracteriza por un escaso consumo de frutas, verduras, granos, cereales y legumbres, con un consumo alto en alimentos ricos en grasas saturadas y alimentos procesados.³¹

Para los adolescentes la falta de actividad física es un factor de riesgo sumamente importante, ya que durante esta etapa se desarrollan hábitos saludables y éstos generalmente se mantienen toda la vida, los factores conductuales tales como consumo de tabaco, alcohol, depresión y estrés, así como los factores sociales (inseguridad) y condiciones de vida suelen hacer vulnerables a presentar dicha enfermedad.³¹

La obesidad y sobrepeso tienen gran repercusión en el desarrollo general del adolescente y como consecuencia puede tener efectos secundarios en los dientes, ya que el consumo alto en alimentos azucarados puede condicionar la formación de caries.³²

El tratamiento consistirá en atención médica fomentando la actividad física, aumentando la ingesta de agua, disminuir el consumo de azúcar y grasas y mantener una dieta equilibrada, así como atender bien específicamente el problema emocional que generó la característica de comer.³²

Sedentarismo: El sedentarismo se define como la ausencia de movimiento, considerándose a esta conducta como la acción contraria a la actividad física. La aparición del sedentarismo se relaciona con los estilos de vida de la sociedad actual, los cuales implican una menor necesidad del movimiento y ejercicio físico.³³

La falta de actividad física se considera un factor de riesgo para la aparición de enfermedades como el desarrollo de la obesidad y múltiples patologías cardiovasculares, cabe resaltar que el uso de las nuevas tecnologías como el ordenador, el celular y la televisión ayudan a fomentar el sedentarismo.³³

Para evitar esta conducta se recomienda resaltar la importancia de la actividad física en los adolescentes durante sus actividades cotidianas, como andar en bicicleta, subir escaleras o salir a caminar.^{32,33}

2.2.4 Factores de riesgo asociados: El estilo de vida y la inconciencia durante la adolescencia hacen que éstos sean más susceptibles a presentar una enfermedad, cabe mencionar que los hábitos pueden verse modificados por el ambiente y la sociedad donde se desenvuelven, dentro de éstos encontramos los medios de comunicación y los traumatismos. ^{10,21}

Medios de comunicación: La influencia que tienen los medios de comunicación en la sociedad actual es de gran magnitud, ya que ha modificado nuestra forma de vida, convirtiéndose en verdaderos competidores de la familia y la escuela en la formación y educación, siendo un factor de riesgo importante en los adolescentes. ²¹

El uso excesivo o sobreconsumo de los medios de comunicación se ha asociado a múltiples efectos negativos para la salud de los adolescentes, en el caso de la televisión, disminuye el tiempo dedicado a la lectura, deporte, juegos, comunicación familiar y afecta el rendimiento escolar. ²¹

La televisión sigue siendo el medio más utilizado en los adolescentes, ya que la mayoría de las familias cuenta con ella, permitiendo su uso durante horas al día, en relación a esta actitud se le atribuye el consumo de papas fritas, palomitas, golosinas y otros aperitivos, favoreciendo al sedentarismo y en consecuencia la aparición de enfermedades como la obesidad, cardiopatías y diabetes. ²¹

Los adolescentes son considerados como consumidores ideales de los medios, la televisión comercial, el uso del teléfono móvil y el internet pueden reforzar actitudes materialistas y consumistas. La influencia de los contenidos violentos, consumo de alcohol, tabaco, drogas, anorexia y embarazos pueden generar cambios de conducta y promoción de hábitos de riesgo. ²¹

Se recomienda que toda actividad relacionada con los medios de comunicación sea supervisada por los padres, estableciendo horarios de exposición para su uso. ²¹

Traumatismos: El estilo de vida y la inconciencia durante la adolescencia hacen que los adolescentes sean más susceptibles a accidentes de diferentes naturalezas, estos accidentes pueden lesionar estructuras bucales en tejidos blandos y duros. ¹⁰

Los traumatismos dentarios varían desde una fractura del esmalte hasta una avulsión, el traumatismo más común durante la adolescencia es la fractura coronaria de los incisivos centrales superiores. ¹⁰

La mayoría de los traumatismos ocurren en casa, en la calle o en la escuela; generalmente durante actividades físicas, andar en bicicleta, jugando fútbol ó colisiones, principalmente con puertas y caídas. De acuerdo con Guedes, el 30% de los traumatismos dentales resultan de acciones en contra de otra persona como juegos o peleas o accidentes automovilísticos. ¹⁰

El tratamiento dependerá de la severidad y la extensión del traumatismo, el tiempo transcurrido entre el accidente y la atención puede influenciar en el pronóstico, se debe tratar el aspecto psicológico, ya que el adolescente puede desesperarse sin un diente anterior o fracturado y afectar en los aspectos emocionales y sociales. ¹⁰

Dentro de los factores de riesgo que pueden afectar las estructuras dentarias o propiciar infecciones, se encuentra el uso de piercing bucal en los adolescentes, ocasionando: recesión gingival, fractura dental, desarrollo de hábitos parafuncionales así como microtraumatismos, infecciones y reacciones de hipersensibilidad. Además, para minimizar los riesgos de infección durante la colocación de este accesorio debe ser instalado por un profesional, en un lugar limpio y estéril, el material debe ser inerte y atóxico como acero inoxidable quirúrgico, oro o titanio, se debe orientar la higiene bucal, la limpieza del piercing y cepillado con dentífrico. Los traumatismos por accidentes automovilísticos en el adolescente son frecuentes, debido a que manejan en estado de ebriedad y no usan el cinturón de seguridad. ¹⁰

2.3 MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL ADOLESCENTE

La medicina preventiva comprende las actividades destinadas a evitar la enfermedad o descubrirla en una fase en la que se pueda detener o modificar, favoreciendo su calidad de vida.³⁴

Cáceres, clasifica la prevención de la siguiente manera:

- Prevención primaria: medidas preventivas antes de completar la causa determinante.
- Prevención secundaria: medidas preventivas antes de la manifestación clínica.
- Prevención terciaria: medidas terapéuticas aplicadas cuando se ha declarado la enfermedad.³⁴

Es conveniente que durante la adolescencia, se fomenten buenos hábitos, dado que como ya se ha mencionado en esta etapa existen factores de riesgo como drogas, alimentación, depresión y ansiedad que comprometen su salud general y bucodental.^{21,34}

2.3.1 Higiene oral

Fomentar desde niños el uso de materiales que contribuyen a la limpieza y mantenimiento es esencial, pero se puede reforzar durante la adolescencia. El cepillo de dientes es indispensable para la conservación de la salud oral y no puede ser sustituido por otras sustancias ya sean colutorios o chicles.²¹

El cepillo de dientes y la técnica de cepillado será la principal herramienta de prevención bucodental, en conjunto con el apoyo de los padres y educadores, tomando en cuenta que la motivación es un factor importante para lograr prevención.²¹

Los objetivos del cepillado son: remover y destruir la formación de placa bacteriana, limpiar los dientes que tengan restos alimenticios y estimular los tejidos gingivales.

El método de cepillado más usado en pacientes adolescentes y adultos es la técnica de Bass, la cual se basa en la necesidad de eliminar placa de los surcos gingivales, para ello se requiere de un cepillo con cerdas blandas y realizar lo siguiente:

- Colocar los filamentos en un ángulo de 45° con respecto al eje mayor del diente dirigidas hacia el surco gingival, mientras una hilera de cerdas penetra, otras hacen contacto con la superficie.
- El cepillo se desplaza con movimientos hacia delante, cuidado que las puntas de las cerdas se mantengan en contacto con los dientes.
- Para las caras palatinas y linguales se coloca verticalmente y se mueve de arriba abajo.
- Se indica al paciente empezar el sector más posterior de un lado y luego desplazar el cepillo hacia el lado opuesto en cada arcada.
- Se concluye la técnica limpiando las caras oclusales con movimientos de entrada y salida. (figura 14) ^{35,36}

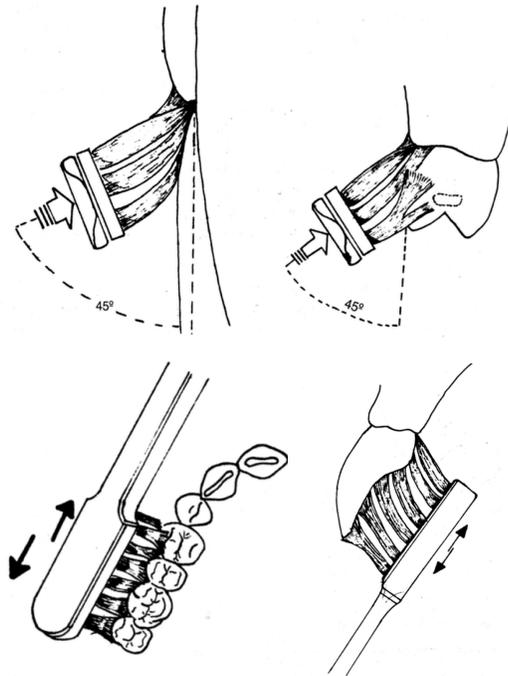


Figura 14 Posición del cepillo durante la técnica de Bass.

El hilo dental está indicado cuando el punto de contacto y la papila son normales, los diferentes tipos de hilo (acintado o redondo) obtienen el mismo resultado, el hilo se utiliza sosteniéndolo con los dedos o con un mango porta hilo, una vez pasado

el punto de contacto, se frota con el hilo la superficie proximal del diente hasta la base del surco gingival, hacia arriba y abajo 2 a 3 veces, se le debe explicar al paciente que la finalidad de su uso es eliminar la placa de las superficies proximales (figura 15).^{35,36}

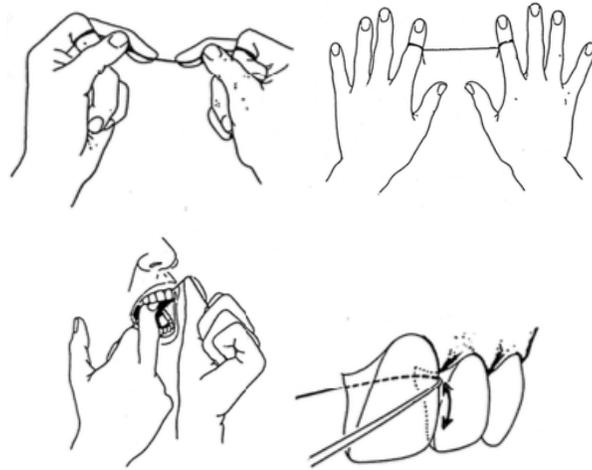


Figura 15 Técnica correcta para el uso del hilo dental.

2.3.2 Hábitos alimenticios

La nutrición del adolescente es un determinante importante para que mantenga un buen estado de salud, previniendo problemas y asegurando que el individuo desarrolle todo su potencial genético, los objetivos nutricionales se deben ajustar a las recomendaciones del crecimiento, estado de maduración y a los cambios en la composición corporal durante este periodo de vida.²¹

La nutrición adquiere relevancia debido a que influye en la regulación del crecimiento y mineralización del esqueleto, requiriendo una gran cantidad calórica en el consumo de alimentos. El tiempo que el adolescente pasa fuera de casa debido a las actividades escolares, deportivas y laborales hacen más frecuente el consumo de comidas fuera de casa, optando por la comida rápida, alimentos ricos en carbohidratos y de bajo valor nutritivo (caramelos, galletas, bocadillos y refrescos). Estos factores contribuyen y favorecen la progresión de las enfermedades cardiovasculares, diabetes, deficiencia de vitaminas, obesidad y caries.^{10,21}

La dieta es la principal fuente de sustrato para los microorganismos cariogénicos así como la influencia de la cantidad y la composición del biofilm, por lo tanto, el asesoramiento dietético para la promoción de la salud bucal debe contemplar cambios en hábitos y el valor nutritivo real de los alimentos.¹⁰

Se recomienda comer la mayor variedad posible de alimentos y guardar un equilibrio energético entre lo que se ingiera y la actividad física que se realiza, la dieta recomendable debe ser abundante en cereales, verduras y fruta, pobre en grasas totales, grasas saturadas y sal, y que proporcione suficiente calcio, hierro y vitaminas que satisfagan los requerimientos de un organismo en crecimiento, se recomienda hacer cinco ingestas diarias y realizar actividad física (figura 16).²¹

Alimento	Valor nutricional
Pan, cereales, arroz pasta	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionan carbohidratos, vitaminas minerales y fibra
Frutas	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionan vitaminas A y C y potasio. • Son pobres en grasa y sodio.
Verduras	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionan vitaminas A y C, minerales como hierro y magnesio. • Es importante ingerir 2 a 4 porciones al día.
Leche, yogur, queso	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionan proteínas, vitaminas y minerales se caracterizan por ser excelentes fuentes de calcio.
Carne, pollo, pescado, legumbres, huevos, frutos secos	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionan proteínas, vitamina B y minerales como hierro y zinc.
Grasas	<ul style="list-style-type: none"> • No más de 30% de la dieta debe proceder de grasas.

Figura 16 Valor nutricional de los alimentos recomendados para los adolescentes.

2.3.3 Aplicación tópica de flúor

Las aplicaciones tópicas de flúor, se correlacionan inversamente con la prevalencia de caries dental, en el momento de la erupción de los dientes el esmalte no está todavía totalmente calcificado, se encuentra en un periodo pos-eruptivo, con una duración aproximada de dos años, durante este periodo se continua la acumulación de fluoruro y otros elementos en las porciones más superficiales del esmalte.³⁷

El flúor proviene de la saliva, así como del agua y alimentos, por lo tanto, grandes concentraciones de flúor en el esmalte sirven para hacer la superficie dental más resistente al desarrollo de caries, los iones flúor actúan como sustitutos en el cristal de hidroxiapatita y encajan con mayor perfección en éste, tal suceso, junto con un mayor potencial de enlace del flúor, sirve para hacer cristales más compactos y estables, teniendo mayor resistencia a la disolución ácida.³⁷

Básicamente existen dos procedimientos para su aplicación, el primero se involucra con el aislamiento de los dientes y la aplicación continua de la solución en las superficies dentales y el segundo que actualmente es el más popular se emplea con geles de flúor con bandejas desechables. Cabe mencionar que deben exponerse durante cuatro minutos con el objeto de lograr el máximo beneficio contra la caries.³⁷

2.3.4 Selladores de fosetas y fisuras

El sellador de fosetas y fisuras es un polímero de alta resistencia, que se une a la superficie del esmalte, ya que posee propiedades adherentes y retención mecánica, está compuesto por una mezcla de metilmetacrilato y bisfenol A-glicidil metacrilato. Formando un monómero líquido el cual con la acción del catalizador inicia una serie de uniones químicas y forma un polímero sólido con extrema dureza.³⁶

El sellador está contraindicado si el comportamiento del paciente no permite aplicar técnicas adecuadas de campo seco durante el procedimiento, las lesiones cariosas oclusales están abiertas o se encuentra caries en otras superficies del mismo diente. El uso de selladores está indicado en dientes temporales y permanentes que presentan fosetas y fisuras profundas e irregularidades en aquellos individuos cuya incidencia de caries es elevada.^{36,37}

De acuerdo a su apariencia los selladores pueden ser: translucidos, blancos, amarillos o rosas, la elección dependerá de las preferencias personales, el

translucido favorece la estética, en los otros se obtiene una mejor visualización de su extensión.³⁶

Es importante explicarle al paciente que la aplicación del sellador es únicamente una técnica complementaria de prevención, por lo que no debe descuidarse otras medidas como la aplicación tópica de flúor, la disminución de ingesta de carbohidratos y el cepillado dental.³⁶

2.3.5 Actividad física

De acuerdo con la OMS, la actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, donde exista un gasto de energía, se sabe que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo más importante a nivel mundial relacionada principalmente con obesidad y enfermedades cardiovasculares.³⁸

La actividad física practicada con regularidad reduce el riesgo de cardiopatías, diabetes de tipo II, hipertensión, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión. Siendo un factor determinante en el consumo de energía, por lo que es fundamental para conseguir el equilibrio energético y el control del peso.³⁸

La OMS, recomienda efectuar a las adolescentes actividades físicas como juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, realizando un mínimo de 60 minutos diarios de manera moderada o vigorosa y mínimo tres veces por semana.³⁸

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es una de las etapas más difíciles del desarrollo humano, ya que los individuos atraviesan una serie de cambios que van atenuados a modificaciones físicas, emocionales y de conducta, debido éstos dos últimos aspectos a la imperiosa necesidad de libertad. En esta etapa el adolescente se enfrenta a cambios psicosociales lo que los hace vulnerables y susceptibles a factores ambientales tales como el consumo de alcohol, tabaquismo, desórdenes de alimentación y/o embarazos a temprana edad, por lo que se considera un individuo con altas posibilidades de adquirir conductas o hábitos que pueden alterar tanto su estado de salud general como bucal.

En este contexto existe una relación estrecha de las enfermedades bucales y los hábitos del individuo, dentro de los cuales encontramos: mala técnica de cepillado, onicofagia, succión de dedos u objetos, mordisqueo de labios, empuje lingual e interposición labial. Estos factores pueden estar modificados por su entorno social y cultural.^{39,40}

Asimismo, durante esta etapa se presenta una actitud de rebeldía, una mayor preocupación en su aspecto físico y búsqueda de identidad, mostrando cambios de carácter, con actitudes agresivas, indiferentes o sensibles al rechazo de la autoridad y disciplina como manifestación al deseo de ser independientes, característica que se destaca, ya que explica el alto porcentaje de la población adolescente que presenta un problema de salud bucodental y la necesidad de fomentar una cultura preventiva.

IV. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades bucales con mayor prevalencia son la caries y las enfermedades periodontales afectando al 90% de la población mexicana.⁴¹

Con respecto a los adolescentes el último reporte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles en el 2011, señaló que entre los 10 y 19 años de edad son afectados en un 77% por caries dental y un 27.8% por enfermedad periodontal.⁴²

Por su parte la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Secretaria de Atención a la Comunidad Universitaria llevó a cabo el levantamiento epidemiológico en todos los alumnos de primer ingreso. Con esta intención para la valoración efectuada en el 2017, se identificó la afectación de 60.4% en la población escolar, y como factores de riesgo en los adolescentes de 19 y 20 años se posicionó con un 47.2% el consumo de alcohol, 34.1% con el sedentarismo y 24.3% con tatuajes y piercings.⁴³

La adolescencia es una etapa con alta prevalencia a padecer problemas de salud general y bucodental que pueden dejar secuelas para toda la vida, de ahí la importancia de conocer las características que distinguen y presentan las personas para poder diseñar e implementar programas de promoción y prevención específicos, así como desarrollar materiales impresos, que aporten a la comprensión de los factores involucrados en su estado de salud-enfermedad para que puedan asumir una actitud o conductas favorables de protección.

V. OBJETIVO

5.1 Objetivo general

- Diseñar un tríptico de educación para la salud bucodental para los adolescentes.

5.2 Objetivo Específico

- Identificar cuáles son los factores de riesgo más frecuentes a los que se enfrenta el adolescente que alteran su salud bucodental.
- Proporcionar las medidas preventivas bucodentales al adolescente, por medio del tríptico.

VI. METODOLOGÍA

El material didáctico en educación para la salud debe ser diseñado o construido desde diferentes puntos de vista, tomando en cuenta su contenido, la población a la que se dirige, el propósito, los responsables de la elaboración y los medios en los que se elaborará.⁴⁴

Dichos recursos funcionan como auxiliares en las sesiones de enseñanza-aprendizaje, siendo únicamente un material de apoyo del educador.²

El material escrito se emplea para emitir o comunicar mensajes educativos impresos, acompañados en la mayoría de las veces de imágenes, esquemas y resúmenes para fortalecer su comprensión. En esta categoría se encuentran los volantes, folletos, historietas, fotonovelas, juegos, trípticos y periódicos.⁴⁵

Este material tiene como objetivo a través del mensaje contribuir al proceso de enseñanza- aprendizaje, persuadiendo a las personas para el cambio de conductas en salud, por lo que son utilizados con mayor frecuencia en programas educativos ya que cumplen con características de movilidad y difusión. De acuerdo con la UNESCO éstos se clasifican en:

- Materiales encuadernados: libros de texto, periódicos, fichas explicativas, guías, manuales, textos programados, boletines, fascículos, folletos, trípticos y revistas.
- Materiales no encuadernados: volantes, desplegados, carteles y murales.⁴⁴

Es un material informativo en el cual se puede encontrar una gran cantidad de información sobre un tema en específico, producto, promoción, evento social o cualquier tema que se reconozca por muchas personas.⁴⁶

Se caracteriza por contar con tres caras internas y tres externas, ocupando un lugar intermedio entre los volantes y los dípticos, deben tener gran alcance y buena calidad gráfica.⁴⁷

Los trípticos tradicionales se realizan en una hoja carta y cuando están extendidos tienen caras de 3.6 x 8.5 siendo este tamaño el más popular en su práctica, no obstante, los diseñadores recomiendan realizarlos en hojas doble carta o triple, para generar mayor impacto. Cabe mencionar que el éxito del tríptico dependerá de la creatividad del diseño y la capacidad para satisfacer al lector, así como la combinación de colores e información.⁴⁷

Por lo tanto, el tríptico en educación para la salud bucodental, tiene como objetivo proporcionar información educativa y preventiva de acuerdo con los problemas de salud bucodental de la población a la que está dirigida con la intención de fomentar cambios personales que conlleven a mejorar su salud bucodental y por lo tanto su calidad de vida.⁴⁸

Una vez realizado un diagnóstico a fondo sobre lo que la audiencia destinataria sabe y necesita aprender, de acuerdo a la edad o etapa de desarrollo, se realiza el mensaje, éste debe ser conciso y coherente. Por lo tanto, se debe catalogar la información que se va a colocar, redactando los textos y haciendo un diseño de prueba. Es importante definir el propósito del tríptico, así como hacia que público va dirigido para seleccionar las imágenes adecuadas al mismo.^{46,49}

Todo tríptico debe contener información relacionada con los intereses y necesidades de las personas, por lo que debe cumplir con las siguientes características:

- Basarse en las experiencias y conocimientos de la población, por lo tanto, la información debe ser novedosa vinculada con los requerimientos de la persona para atraer su atención.

- Proporcionar conocimientos significativos que favorecen el aprendizaje y motiven la lectura, con aplicación o adaptación a la realidad.
- Fomentar el autoaprendizaje por lo que debe involucrar al lector en un proceso continuo de educación y propiciar la adquisición de técnicas y hábitos.
- Contener imágenes que por sí mismas proporcionen o transmitan mensajes que ayuden a persuadir al lector vinculado al mensaje. ^{44,50}

Dentro de este material informativo encontramos las siguientes ventajas:

- Son económicos y de fácil elaboración.
- Promueve, motiva y sensibiliza a la población.
- Excelente recurso para la población sin acceso a la tecnología. ⁴⁴

VII. CONCLUSIONES

La adolescencia es un periodo de la vida en la cual se presentan cambios significativos en el crecimiento, maduración y personalidad, los cuales pueden ser modificados por el medio social y cultural en donde se desarrolla. Durante esta etapa, es frecuente que el adolescente presente actitudes de rebeldía e indiferencia hacia la autoridad, siendo ésta una manifestación por el deseo de lograr su independencia.

Esta conducta puede proporcionar o afectar el estado de salud y enfermedad; en el ámbito odontológico, se ha identificado que existe una relación estrecha entre las enfermedades bucales y los hábitos del individuo (alimentarios o higiénicos), aumentando la probabilidad a desarrollar caries o enfermedad periodontal, por lo que son considerados un grupo de alta vulnerabilidad. Por ello, es importante la difusión de información para mejorar su salud; para lograrlo, es necesario impulsar hábitos preventivos, así como también fomentar el autocuidado, el control periódico de citas y la aplicación de programas de promoción y prevención dental. Por esta razón, consideramos importante implementar la elaboración del tríptico de educación para la salud dirigida a esta población, ya que con este material se puede proveer de los conocimientos y las acciones personales de prevención que contribuyen a la adopción de conductas positivas para el mantenimiento de la salud bucodental.

En este contexto, se recomienda que desde la primera consulta odontológica se promueva un ambiente de confianza para atraer su atención y fomentar la cooperación e interés en beneficio de su salud bucodental. Finalmente, se considera importante que se promuevan políticas en salud de manera integral, como estrategias que atiendan las necesidades de la población más desprotegida con la incorporación de acciones preventivas.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz I, Pachas F. Educación para la salud en Odontología. Rev. Estomatol Herediana. [Internet]. 2012 [Citado 15 noviembre 2017] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/download/91/76>
2. De la fuente J, Sifuentes M C, Nieto ME. Promoción y educación para la salud en odontología, México: editorial el manual moderno; 2014.
3. Greene WH, Simons-Morton BG. Educación para la salud. México: editorial Interamericana; 1988.
4. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2006 [Citado 15 de noviembre 2017] Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
5. Frías, A. Salud pública y educación para la salud. Barcelona, España: editorial Masson; 2000.
6. Vargas A. Educación para la salud. México: editorial interamericana McGraw-hill; 1993.
7. Olaydis H, Venzant S, Carbonell M, Carbonell C. Salud bucal en la adolescencia. Rev. Scielo. [Internet]. 2013 [Citado 15 noviembre 2017] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n1/san15113.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud Ginebra. Educación para la salud manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. 1989.
9. Pinkham J. Odontología Pediátrica, México: Editorial Interamericana Mcgraw-Hill; 2001.
10. Guedes AC, Bönecker M, Martins C. Fundamentos de odontología en Odontopediatria, Brasil: Editorial livraria santos editora; 2011 .
11. Deambrosi C, Brovia R. Salud bucal en la adolescencia. [Internet]. 2015 [Citado 11 enero 2018] Disponible en: <http://casmu.com.uy/wp-content/uploads/2017/08/Salud-bucal-en-la-adolescencia-2015-02.pdf>

12. Mafla A. Adolescencia: Cambios bio-psicosociales y salud Oral. [Internet]. 2008 [Citado 12 enero 2018] Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co:8080/bitstream/10893/4747/1/Adolescence.pdf>
13. Boj J, Catalá M, García C, Mendoza A. Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven, España: ripano editorial medica; 2011.
14. Vargas A, Yáñez B, Monteagudo C. Periodontología e implantología, México: editorial medica panamericana; 2016.
15. Mendoza L, Meléndez a, Ortiz R, Fernández A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. [Internet]. 2014 [Citado 6 febrero 2018] Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rmo/article/download/54211/48246>
16. Talley M, Katagiri M, Pérez H. Casuística de maloclusiones Clase I, Clase II y Clase III según Angle en el Departamento de Ortodoncia de la UNAM [Internet]. 2007 [Citado 6 febrero 2018] Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rom/article/viewFile/15720/14934>
17. Riojas MT. Anatomía dental. 2ª edición. México: editorial manual moderno; 2009.
18. Moyers R. Manual de Ortodoncia. 4ª edición. Buenos Aires: editorial medica panamericana; 1992.
19. Ocampo A, Johson N, Lema MC. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. [Internet]. 2012 [Citado 7 febrero 2018] Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/download/434/435>
20. Álvarez R, Kuri.Morales P. Salud pública y medicina preventiva, 4ª edición. México: editorial manual moderno; 2012.
21. Redondo C, Galdó G, García M. Atención al adolescente, España: editorial universidad de Cantabria; 2008.
22. Mardomingo MJ. Trastornos de ansiedad en el adolescente [Internet]. 2015 [Citado 13 febrero 2018] Disponible en: [http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/336.1-Trastornos ansiedad adolescente\(1\).pdf](http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/336.1-Trastornos%20ansiedad%20adolescente(1).pdf)

23. Medina ME, Natera G, Borges G, Cravioto P. Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad [Internet]. 2001 [Citado 14 febrero 2018] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam014b.pdf>
24. Hidalgo M, Redondo A. Consumo de drogas en la adolescencia, [Internet]. 2005 [Citado 14 febrero 2018] Disponible en: <http://www.culturadelalegalidad.org.mx/recursos/Contenidos/Infanciayadolescencia/documentos/Consumo%20de%20drogas%20en%20la%20adolescencia.pdf>
25. Tapia D, Villalobos R, Valera M, Cadena J, Ramírez J, Guzmán O. Adicciones en el adolescente, prevención y atención desde un enfoque holístico, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de estudios superiores Iztacala; 2016.
26. Miller F, Burt J. Salud individual y colectiva, 3ª edición. México: editorial interamericana; 1983.
27. Traviesas EM, Marques D, Rodríguez R. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones [Internet]. 2011 [Citado 15 febrero 2018] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v48n3/est09311.pdf>
28. Camarillo N, Cabada E, Gomez A. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes [Internet]. 2013 [Citado 15 febrero 2018] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2013/rmq131h.pdf>
29. Castellanos J, Díaz L, Gay O. Medicina en odontología: manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas, 2ª edición. México: editorial manual moderno; 2002.
30. Ochoa L, Dufoo S, De León C. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia [Internet]. 2018 [Citado 17 febrero 2018] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2008/uo081g.pdf>
31. Córdova J, Barriguete Jorge, Rivera ME, Lee G. Sobrepeso y obesidad. Situación actual y perspectivas [Internet]. 2010 [Citado 17 febrero 2018] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2008/uo081g.pdf>
32. Burnett G. Manual de Microbiología y enfermedades infecciosas de la boca. Editorial Ciencia y Técnica: México; 1987.

33. García M, Redecillas P, Martínez J. Hábitos sedentarios de los adolescentes andaluces. [Internet]. 2012 [Citado 17 febrero 2018] Disponible en: http://www.journalshr.com/papers/Vol%204_N%201/V04_1_7.pdf
34. Álvarez R. El método científico en las ciencias de la salud. Editorial Díaz de santos: España; 1996.
35. Carranza FA, Sznajder N. Compendio de periodoncia, 5ª edición. Buenos Aires: Editorial medica panamericana; 1996.
36. Zimbrón A, Feingold M. Odontología preventiva conceptos básicos. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1993.
37. Harris N, Garcia F. Odontología preventiva primaria. 2ª edición. México: Editorial manual moderno; 2005.
38. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. [Internet]. 2010 [Citado 22 febrero 2018] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf
39. Ocampo A, Res. Ortod, Johnson N, Clara M. Hábitos Orales Comunes: Revisión de literatura [Internet]. 2013 [Citado 15 noviembre 2017] Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/viewFile/434/435>
40. Frías L, Nerey D, Grau I, Cabo R. Disfunción temporomandibular y parafunciones bucales en la adolescencia tardía. [Internet]. 2012 [Citado 15 noviembre 2017] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n3/ms04310.pdf>
41. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias mundiales 2014. [Internet]. 2014 [Citado 15 noviembre 2017] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf
42. Secretaria de Salud. Resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales SIVEPAB 2011. [Internet]. 2011 [Citado 15 noviembre 2017] Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/212302/SIVEPAB-2011.pdf>

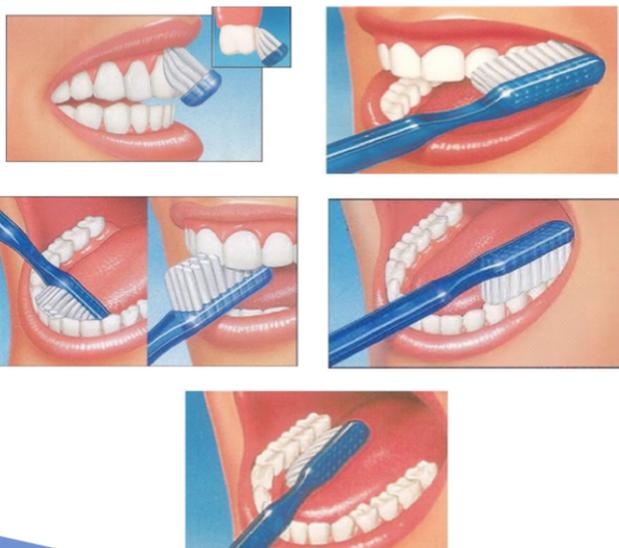
43. Universidad Nacional Autónoma de México. Secretaría de Atención a la Comunidad Universitaria. Dirección General de Atención a la Salud. Examen médico automatizado. Primer ingreso 2017. Facultad de Odontología.
44. UNESCO. Material Didáctico Escrito: Un apoyo indispensable. [Internet]. 1989 [Citado 26 noviembre 2017] Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0009/000919/091954sb.pdf>
45. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el diseño, utilización y evaluación de materiales educativos de salud [Internet]. 2015 [Citado 26 noviembre 2017] Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/edunutri/2015guia.pdf>
46. Universidad Autónoma de Nuevo León. Taller de estrategias de Enseñanza- Aprendizaje. [Internet]. 2017 [Citado 26 noviembre 2017] Disponible en: <http://preparatoria9.uanl.mx/archivos/2017/402.pdf>
47. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Sistema de universidad virtual. El folleto como medio de comunicación impreso. [Internet]. 2017 [Citado 26 noviembre 2017] Disponible en: http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0401/Unidad%206/lec_66_Elfolleto.pdf
48. Cuenca E, Manau LL, Serra J, Echeverría. Manual de odontología preventiva y comunitaria, Barcelona: Editorial Masson; 1991.
49. Younger E, Wittet S, Hooks C, Lasher H. Guía para el diseño y elaboración de materiales informativos sobre vacunación y salud infantil. [Internet]. 2001 [Citado 26 noviembre 2017] Disponible en: http://rho.org/files/PATH_CVP-Materials-Development-Guide-SP.pdf
50. Gutiérrez N, Flores A. Guía para la comunicación y difusión de resultados de investigaciones, Bolivia: Editorial fundación Pieb; 2007.

6

TÉCNICA DE CEPILLADO

Es recomendable seguir un orden durante el cepillado para asegurar la limpieza integral de la superficie dentaria, por ello, se debe iniciar de izquierda a derecha.

- 1 Inclina el cepillo a 45 grados contra el borde de la encía.
- 2 Cepilla suavemente la superficie dental externa de 2 a 3 dientes a su vez, con un movimiento de adelante hacia atrás.
- 3 Inclina el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales, realiza varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo.
- 4 Coloca el cepillo sobre la superficie masticatoria y realiza un movimiento suave de adelante hacia atrás.
- 5 Cepilla suavemente la lengua para eliminar las bacterias y refrescar el aliento.

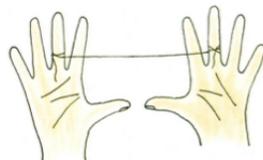


NOSOTROS TRABAJAMOS JUNTOS

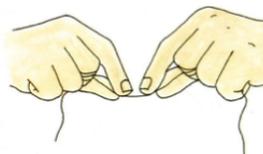
7

USO DE HILO DENTAL

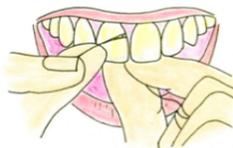
- 1 Toma una parte del hilo con tus dedos.



- 2 Sujeta o amarra el hilo con el dedo índice.



- 3 Apóyate de los pulgares y utiliza el hilo en cada uno de los dientes.



- 4 Asegúrate de que el hilo limpie las superficies laterales de los dientes.



¡No lo olvides! visita al dentista para una revisión y limpieza como medida preventiva.



¿SABÍAS QUÉ?

En México, solo el 1% de los jóvenes acude de manera preventiva al dentista, para mantener su salud bucal.

Secretaría de Salud



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

PREVENCIÓN BUCODENTAL EN EL ADOLESCENTE



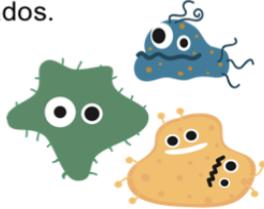
LÓPEZ MARTÍNEZ JONATHAN

1

CARIES DENTAL



La caries, es una enfermedad infecto contagiosa de origen microbiano, que se desarrolla por la alta ingesta de alimentos azucarados.



- La ingesta elevada de azúcares, provoca que las bacterias se multipliquen y produzcan ácidos, causando una desmineralización en tus dientes.



2

MEDIDAS PREVENTIVAS

Contra la caries

Por ello debes evitar el consumo de alimentos altos en carbohidratos como lo son:

- Dulces
- Mermeladas
- Pasteles
- Galletas
- Palomitas
- Refrescos



¿SABÍAS QUÉ?

Las bebidas azucaradas representa el 70.3% de la ingesta diaria de azúcares añadidos en la población mexicana.

16° Congreso de Investigación en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública



Existen medidas que junto con el cepillado dental contribuyen a prevenir la caries como lo son:

- La aplicación tópica de flúor favorece la resistencia de tus dientes contra la caries.



- La aplicación de selladores de fosetas y fisuras en dientes sanos con ausencia de caries, disminuye gradualmente el riesgo a la aparición de caries dental.



3

ENFERMEDAD PERIODONTAL (ENCÍAS)



La presencia de inflamación y sangrado en tus encías, son manifestaciones de la gingivitis asociadas a los malos hábitos higienicos.

4

MEDIDAS PREVENTIVAS

Contra la enfermedad periodontal

- Realiza una buena higiene con cepillo, pasta e hilo dental después de cada alimento.



¿SABÍAS QUÉ?

Los adolescentes de 10 a 19 años de edad son afectados en un 77% por caries dental y un 27.8% por enfermedad periodontal (encías).

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 2011

5

OTROS FACTORES

- **Fumar:** el tabaco mancha tus dientes, da mal aliento y provoca disminución de sabor.



- **Los piercings:** si colocas un arete en tu boca produce fracturas en tus dientes, infecciones y otras enfermedades.



- **Cortar cosas:** genera sensibilidad y desgaste dental.



- **Morder objetos:** como lápices o abrir bolsas con tus dientes, genera fracturas y fisuras.



“Una sonrisa sana vale más que mil palabras”

Anónimo