



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.



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

CLAVE 8901-22

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO DE TESIS:

ODONTOLOGÍA RESTAURADORA EN
ADOLESCENTES DE SECUNDARIA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ALUMNO (A): DAYFENI LIZETH MORENO VALDEZ

ASESOR DE TESIS:

SONIA CUADROS VARELA

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO 2023

INDICE

| | |
|---|-----------|
| CAPITULO I | 7 |
| ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ODONTOLOGIA RESTAURADORA | 7 |
| INTRODUCCION | 7 |
| ODONTOLOGIA RESTAURADORA | 9 |
| CAPITULO II MATERIALES DE OBTURACION PARA LA RESTAURACION DENTAL | 14 |
| RECINAS COMPUESTAS | 15 |
| PASOS PARA LA COLOCACION DE LA RECINA COMPUESTA | 20 |
| CAPITULO III | 23 |
| ETAPAS DE LA VIDA | 23 |
| LÍNEA DE VIDA O TRANSCURSO DE VIDA | 24 |
| NIÑEZ | 26 |
| ADOLESCENCIA | 29 |
| ETAPAS: | 37 |
| ADOLESCENCIA TEMPRANA – ADOLESCENCIA TARDÍA | 37 |
| ADULTEZ | 39 |
| ETAPAS DE LA ADULTEZ | 41 |
| ADULTEZ TEMPRANA O JUVENTUD | 41 |
| ADULTEZ INTERMEDIA | 42 |

| | |
|---|-----------|
| VEJEZ | 43 |
| CAPITULO III IDENTIDAD | 45 |
| GENERO | 46 |
| HETEROSEXUALIDAD- HOMOSEXUALIDAD | 49 |
| SECUNDARIA – EDUCACIÓN BÁSICA | 50 |
| SECUNDARIA PÚBLICA | 53 |
| SECUNDARIA PRIVADA | 54 |
| CAPITULO IV | 56 |
| APARATO MASTICATORIO | 56 |
| APARATO MASTICATORIO | 57 |
| CARACTERISTICAS DE ANATOMIA DENTAL | 68 |
| TIPOS DE DENTICION | 70 |
| DENTICION TEMPORAL | 72 |
| DENTICIÓN MIXTA | 73 |
| DENTICION PERMANENTE | 74 |
| CRONOLOGÍA Y SECUENCIA DE ERUPCIÓN EN LAS DENTICIONES | 75 |
| DENTICION TEMPORAL | 75 |
| DENTICION PERMANENTE | 77 |
| CARIES DENTAL | 78 |
| GRADOS DE CARIES | 83 |

| | |
|---|------------|
| CAPITULO V | 84 |
| HABITOS DE LOS ADOLESCENTES | 84 |
| 1. REVISAR LOS HÁBITOS CON RESPECTO A LA SALUD BUCAL DE LOS ADOLESCENTES DE UNA SECUNDARIA PÚBLICA. | 85 |
| 2. HÁBITOS | 85 |
| 3. CATEGORÍAS DE LA ENCUESTA | 85 |
| | |
| CAPITULO VI | 101 |
| RSTAURACIONES ODONTOLOGICAS | 101 |
| 1. UBICAR LOS TIPOS DE RESTAURACIÓN ODONTOLÓGICA MÁS COMUNES UTILIZADAS EN MÉXICO | 102 |
| 2. MOTIVOS DE CONSULTA | 102 |
| 3. RESTAURACIONES MÁS FRECUENTES QUE REALIZAN LOS ADOLESCENTES | 102 |
| 4. FRECUENCIA DE ADOLESCENTES QUE RECIBE | 102 |
| | |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 111 |

| | |
|---------------------|----|
| Ilustración 1..... | 17 |
| Ilustración 2..... | 18 |
| Ilustración 3..... | 19 |
| Ilustración 4..... | 20 |
| Ilustración 5..... | 23 |
| Ilustración 6..... | 24 |
| Ilustración 7..... | 25 |
| Ilustración 8..... | 28 |
| Ilustración 9..... | 29 |
| Ilustración 10..... | 30 |
| Ilustración 11..... | 31 |
| Ilustración 12..... | 34 |
| Ilustración 13..... | 36 |
| Ilustración 14..... | 38 |
| Ilustración 15..... | 39 |
| Ilustración 16..... | 42 |
| Ilustración 17..... | 43 |
| Ilustración 18..... | 46 |
| Ilustración 19..... | 48 |
| Ilustración 20..... | 52 |
| Ilustración 21..... | 53 |
| Ilustración 22..... | 63 |
| Ilustración 23..... | 64 |
| Ilustración 24..... | 65 |
| Ilustración 25..... | 66 |
| Ilustración 26..... | 67 |
| Ilustración 27..... | 68 |
| Ilustración 28..... | 68 |
| Ilustración 29..... | 69 |
| Ilustración 30..... | 70 |
| Ilustración 31..... | 71 |
| Ilustración 32..... | 72 |
| Ilustración 33..... | 73 |
| Ilustración 34..... | 74 |
| Ilustración 35..... | 75 |
| Ilustración 36..... | 75 |
| Ilustración 37..... | 76 |
| Ilustración 38..... | 76 |
| Ilustración 39..... | 77 |
| Ilustración 40..... | 78 |
| Ilustración 41..... | 79 |
| Ilustración 42..... | 80 |
| Ilustración 43..... | 81 |
| Ilustración 44..... | 82 |

| | |
|---------------------|----|
| Ilustración 45..... | 83 |
| Ilustración 46..... | 84 |
| Ilustración 47..... | 85 |
| Ilustración 48..... | 87 |
| Ilustración 49..... | 88 |
| Ilustración 50..... | 89 |
| Ilustración 51..... | 90 |

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA
ODONTOLOGIA RESTAURADORA

INTRODUCCION

A nivel mundial la prevalencia de caries reportada en adolescentes alcanza cifras de hasta 93.7%, al igual que la mayoría de las enfermedades crónicas más frecuentes, las causas son multifactoriales y están muy relacionadas los con estilos de vida, fundamentalmente hábitos de alimentación e higiene oral insuficiente, la alimentación nocturna y el alto consumo de azúcares.

La salud y el desarrollo de los adolescentes es un tema muy importante, especialmente cuando se trata de embarazos no deseados, consumo de alcohol y drogas, accidentes, violencia, problemas nutricionales y salud bucal.

En México los niños de 5 a 14 años pertenecen al grupo de edad que menos acude a la consulta de urgencia, sin embargo, se encuentran en ellos con frecuencia problemas de salud bucal, donde se hace difícil la prevención y el tratamiento por la corta edad.

En odontología, los adolescentes son un grupo de referencia importante, pues en este periodo ocurre, las principales variaciones dentales-maxilares y se consolida la identidad que definirá una actitud hacia la salud bucal de la población adulta.

Por lo tanto, esta tesis se cuestiona sobre las formas de odontología restauradora que se aplican en adolescentes en secundaria.

Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo ya que se llevaron a cabo encuestas para conocer la calidad de vida y los hábitos que tienen los adolescentes reaccionados con la salud bucal. La población estudiada fueron adolescentes de 12 a 15 años que actualmente estudian en una secundaria pública.

Un dato importante que se recopiló en esta investigación es que el deterioro de la salud de los adolescentes, pese a que tienen descuidados sus hábitos en cuanto al alto consumo de azúcares y el deficiente cepillado dental, es la irresponsabilidad de los padres, ya que un 20% de los adolescentes encuestados asegura que no acuden a una consulta dental porque sus padres no los llevan.

El propósito general de este trabajo fue: identificar los elementos de la odontología restauradora en adolescentes de secundaria.

Si los adolescentes no incrementan la conciencia de lo importante que es tener una buena salud bucal y sobre todo mejorar sus hábitos en cuanto al cepillado y su tipo de alimentación pueden tener como consecuencia las caries, y si no se trata a tiempo, el adolescente puede acabar perdiendo alguna pieza dental a su corta edad.

Y, en muchos casos, perder uno o varios dientes, puede afectar su salud mental, en forma de secuelas psicológicas como pérdida de confianza y baja autoestima.

ODNTOLOGIA RESTAURADORA

La operatoria dental como la disciplina odontológica que enseña a prevenir, diagnosticar y curar enfermedades, así como a restaurar las lesiones, alteraciones o defectos que puede sufrir un diente para devolverle su forma, estética y función dentro del aparato masticatorio y en armonía con los tejidos adyacentes (Guapisaca, 2021, p.2).

Como dice Lanata (2014) la operatoria dental en otros tiempos trataba la caries dental mediante la realización de cavidades altamente invasivas, cuyo objetivo era restaurar las lesiones existentes, sin tratar la caries como una enfermedad o un proceso.

Es decir, el modelo de práctica de la odontología restauradora actual se vincula con la promoción de la salud y contempla la verificación de la actividad de la enfermedad y las consecuentes medidas educacionales y preventivas con el fin de proporcionar un equilibrio entre el proceso de desmineralización/re mineralización del tejido dental, e impedir la progresión de la enfermedad (Conceicao, 2008, p,4).

Según García (2009), en la odontología restauradora estética, se basa principalmente en el conocimiento de las diferentes técnicas y materiales, así como sus indicaciones, ventajas, desventajas o limitaciones, y de la propia experiencia y limitaciones que tiene el profesional.

Así mismo, en la Odontología Restauradora, la clorhexidina fue inicialmente introducida como desinfectante de las cavidades antes de la aplicación de los materiales restauradores con el objetivo de eliminar las bacterias que podían irritar la pulpa produciendo sensibilidad postoperatoria y caries secundaria (Poma cóndor, 2010, p,47).

Según Mandri (2015) desde que se introdujo el concepto de tratar el esmalte para permitir la adhesión de los materiales restauradores en el esmalte dentario la odontología adhesiva ha tenido un cambio en el que su evolución es rápidamente, esto permite que el órgano dentario restaurado tenga una mejor y funcionamiento.

Hay que mencionar que el uso de tecnología actual e ingeniería de tejidos o ambas, busca el reemplazo con materiales que sustituyan lo perdido. Es aquí cuando se prescribe un biomaterial, es decir, todo material que sustituya a un tejido vivo sin producir un efecto perjudicial sobre el mismo (Martínez, 2016, p,7).

Según Sánchez (2021), la odontología restauradora prevaleció por más de dos siglos, se desarrolló gracias a la necesidad que se tenía de controlar la caries, sin tener la necesidad de extraer el diente, ya que en esos tiempos predominaba mucho la famosa era llamada “era de las extracciones”, desde entonces la odontología restauradora ha sido la más conservadora y exitosa en cuanto órgano dental.

Vale la pena señalar que los procesos de diseño asistido por computadora y fabricación asistida por computadora (CAD-CAM) cubren una amplia gama de formas de apoyar o incluso reemplazar los flujos de trabajo convencionales. En el campo del área restauradora, contribuyen a mejorar su planificación y fabricación eficiente (Calatrava, 2022 p,13).

Según Verdera (2020) los virus son altamente contagiosos, el riesgo que corre el odontólogo es mayor que el que corre otro profesional de la salud, ya que está expuesto a trabajar con flujos salivales a menos de un metro de distancia, ya que los procedimientos de la odontología restauradora involucran la formación de aerosoles y gotículas alrededor de la cavidad bucal, y de todo lo que está a su alrededor.

Cabe mencionar que para que exista enfermedad periodontal, aquella deberá ser concebida, construida e instalada con criterio periodontal. Esto significa que la odontología restauradora estará subordinada a los tejidos periodontales y no estos a ella, y será la periodoncia más que la prótesis y la operatoria dental, la que orientará mejor para la reposición de piezas ausentes (Rossi, 2004, p,3).

Así mismo, las restauraciones odontológicas se usan para reparar dientes posteriores con caries leve o moderada. El objetivo principal de un tratamiento estético es mejorar la oclusión del paciente y con esto mejorar la estructura dentaria (Compres, 2021, parr,1).

Hay que mencionar que la limitada durabilidad clínica de las restauraciones dentales ya sea por el deterioro de la restauración o por el desarrollo de nuevas lesiones, genera que muchos pacientes pueden entrar a ciclos repetitivos de tratamiento restaurador que van a producir dientes más débiles y frágiles, es, restauraciones más extensas y un incremento en el riesgo para la aplicación de medidas terapéuticas más avanzadas y complicadas (Sánchez, 2012, p.259).

Ahora bien, las restauraciones directas más conservadoras ya que se utilizan cuando hay poca pérdida de estructura dental, se insertan directamente sobre la cavidad, pueden ser de composite o amalgamas.

Por otro lado, están las restauraciones indirectas que dan una mayor protección del diente y se utiliza cuando existe una mayor pérdida de estructura dentaria (Hernández, 2017, p.6).

Se afirma que las resinas compuestas en los últimos años han sido utilizadas como material de preferencia tanto del paciente como del profesional, para restauraciones por la estética que presentan, sin embargo, las resinas se encuentran expuestas a cambios especialmente su color, debido a que en la actualidad existe el consumo excesivo de sustancias pigmentantes como el café, que es una bebida de alto consumo que provoca pigmentaciones en los dientes como en sus restauraciones (Alvear 2015, p,15).

CAPITULO II MATERIALES DE OBTURACION PARA LA RESTAURACION DENTAL

RECINAS COMPUESTAS

Las resinas compuestas se han introducido en el campo de la Odontología Conservadora para minimizar los defectos de las resinas acrílicas que hacia los años 40 habían reemplazado a los cementos de silicato, hasta entonces los únicos materiales estéticos disponibles (Hervas, 2006, pag.216).

Recordemos que las resinas compuestas dentales, son una mezcla compleja de resinas polimerizables mezcladas con partículas de rellenos inorgánicos. Para unir las partículas de relleno a la matriz plástica de resina, el relleno es recubierto con silano, un agente de conexión o acoplamiento. Otros aditivos se incluyen en la formulación para facilitar la polimerización, ajustar la viscosidad y mejorar la opacidad radiográfica (Rodríguez, 2008, parr.12).



Ilustración 1

Según Hernández (2014) Las resinas están conformadas por una matriz polimérica, que típicamente es un metacrilato, un relleno de refuerzo hecho de vidrio radio opaco, un agente de unión Silano que une la matriz con el relleno y promotores o moduladores de polimerización. El monómero predominante usado en las resinas compuestas comerciales es el bis-GMA el cual posee una alta viscosidad, por lo tanto, es mezclado con otros monómeros como TEGDMA y UDMA.



Ilustración 2

Las resinas compuestas constan generalmente de una matriz orgánica polimerizable, reforzada con partículas de relleno fundamentalmente inorgánicas y un agente de unión silano que conecta la porción orgánica y la inorgánica. Las propiedades mecánicas de las resinas dependen de la formación en red que ocurre después de la fase inicial de la propagación en cadena del polímero, por tanto, el mayor incremento de dureza ocurre después de que el 85% de la conversión total ha sido alcanzado (Nevares, 2008, pag.3).

Hace algún tiempo, las modificaciones más importantes consistieron en reducir el tamaño de partícula para producir materiales más fáciles y efectivos en el pulido y acabado. Los cambios actuales están más enfocados en el desarrollo de materiales con reducción de la contracción de la polimerización, estrés de polimerización y que sean autoadhesivos a la estructura del diente. (Fernández, 2014, parr,1).

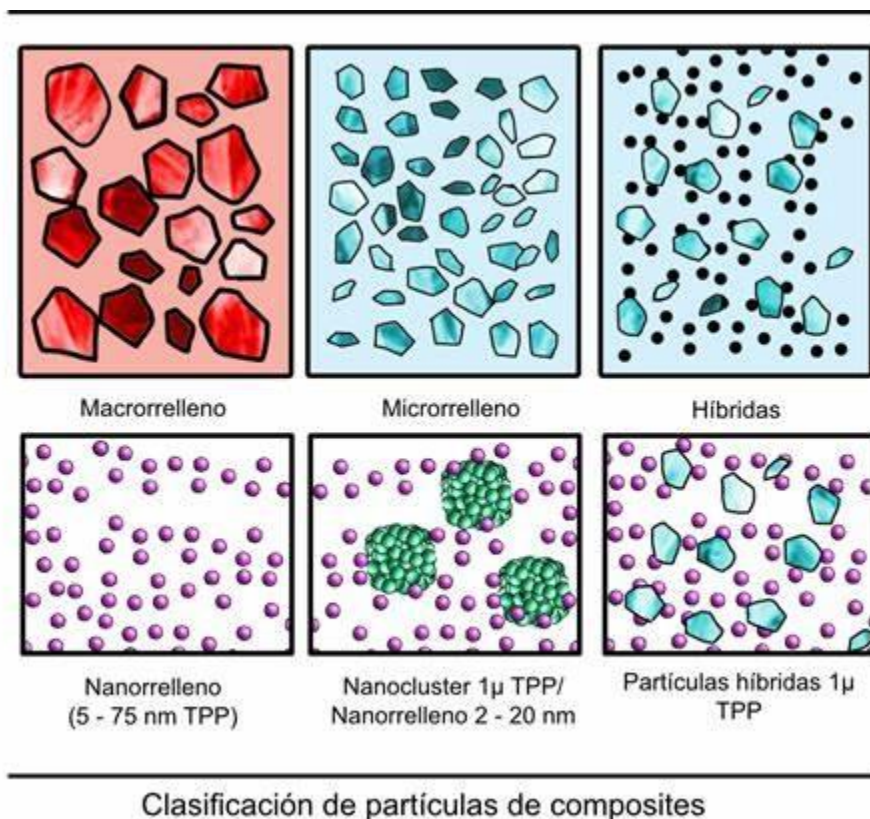


Ilustración 3

A pesar de los excelentes resultados estéticos de las resinas dentales, aún se pone en tela de juicio su funcionalidad, ya que posee ciertas desventajas. De entre ellas, la más importante y la que más ha despertado el interés de los investigadores es la contracción por polimerización y los problemas asociados a ésta. La contracción por polimerización es un fenómeno que ocurre durante el curado de la resina dental; y es producido por el acercamiento de los diferentes monómeros entre sí al formar la cadena polimérica (Cuevas, 2011, pag.1).

Uno de los avances más significativos en los materiales de resinas compuestas es la presentación en una sola pasta y su endurecimiento a través de luz visible generando un proceso de fotopolimerización. Estos avances han dado paso a una amplia variedad en el uso de las resinas como materiales restauradores, adhesivos, materiales de reconstrucción, cementación (Sánchez, 2011, pag.25).



Ilustración 4

De acuerdo con García 2008, las ventajas de las restauraciones adheridas a la estructura dental, incluyen conservación de tejido dental sano, reducción de la microfiltración, prevención de la sensibilidad postoperatoria, refuerzo de la estructura dental y la transmisión / distribución de las fuerzas masticatorias a través de la interfase adhesiva del diente.

A pesar de sus ventajas, las resinas compuestas presentan significativas deficiencias en cuanto a su desempeño, sobre todo lo relacionado con la contracción de polimerización y al estrés que esta produce en la interface diente - restauración.

La técnica recomendada para hacer restauraciones con resina es la técnica incremental, en la que el material debe ser colocado dentro de la cavidad bucal en pequeñas porciones.⁶ Normalmente se utiliza una espátula estéril para tomar la resina de la jeringa donde se encuentra almacenada, ésta es llevada varias veces desde la boquilla de la jeringa hasta la cavidad que va a ser restaurada (Bedoya, 2016, pag.25).

Además, las resinas más actuales han demostrado que no solo la cantidad de relleno ha sido objeto de estudios, sino también su forma, composición y distribución, en un intento de aumentar sus propiedades físicas y ópticas. La nanotecnología, que consiste en la manipulación y medición de materiales a escala inferior a 100 nanómetros, es un ejemplo de la exploración de nuevas áreas. Aunque tenemos este verdadero arsenal de materiales en nuestras manos, ninguna resina compuesta ha alcanzado la excelencia de un material restaurador ideal (Silva,2008, parr.1).

Las resinas acrílicas han sido usadas desde el siglo XIX hasta la actualidad para rehabilitar pacientes con edentulismo parcial y total, debido a su excelente estética y aspecto natural. Nuevas técnicas y sistemas de polímeros acrílicos se usan para la elaboración de bases de dentaduras. Estas bases de dentadura son sometidas a un tratamiento superficial conocido como «acabado y pulido convencional (Guajardo, 2014, pag.142).

PASOS PARA LA COLOCACION DE LA RECINA COMPUESTA

- Profilaxis de la pieza dentaria.
- Toma de color.
- Anestecia tópica.
- Aislamiento absoluto.
- Eliminación de caries y preparación de la cavidad.

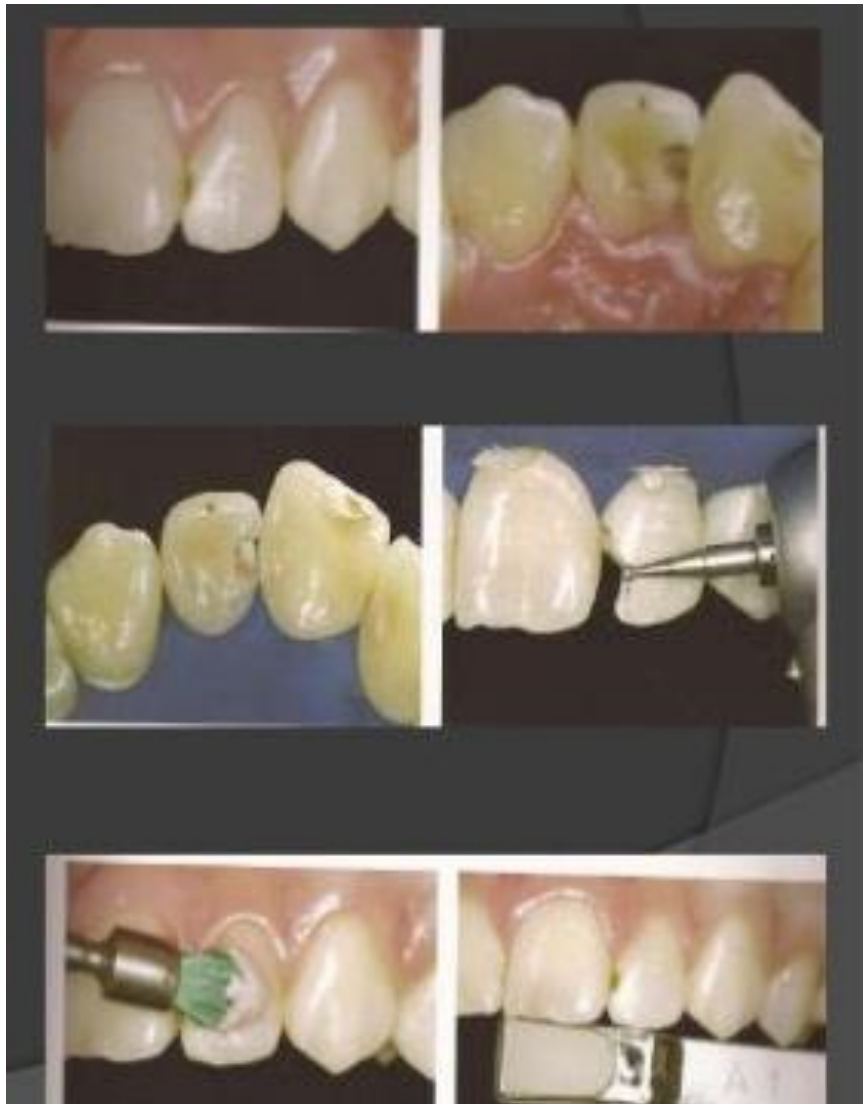


Ilustración 5

- Rectificar con detector de caries.
- Enjuagar con abundante agua.
- Secar con chorro de aire.
- Limpiar con clorhexidina al 2%.



Ilustración 6

- Colocación de la base cavitaria.
- Ácido fosfórico 15s,
- Adhesivo.
- Colocar la resina y fotocurar durante 30 s, con la lámpara de foto curado.



Ilustración 7

CAPITULO III

ETAPAS DE LA VIDA

LÍNEA DE VIDA O TRANCURSO DE VIDA

Un primer aspecto de la línea de vida permite una narración biográfica breve que a su vez posibilita la reflexión e interpretación de significados sobre hitos relevantes en su historia de vida (Tapia, 2019, p,5).

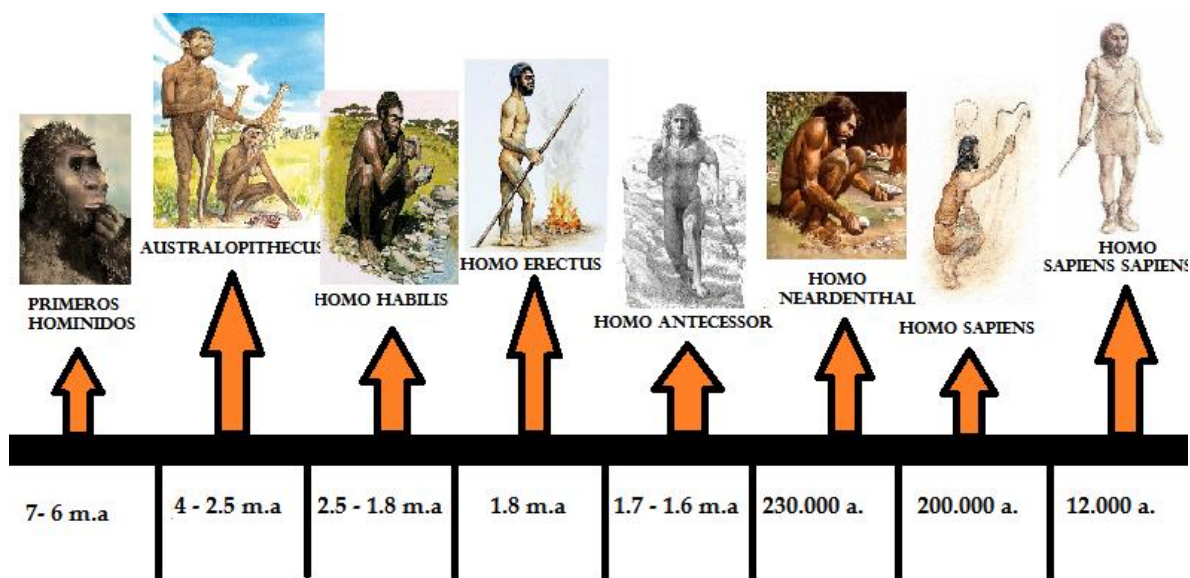


Ilustración 8

Enseguida se revisa la línea de vida como herramienta útil para analizar y comprender las vivencias de las personas. Se discute el valor de la herramienta para construir ejes analíticos, secuenciar, estructurar y graficar información mediante diversos recursos, además, da cuenta de las posibilidades de la línea de vida para interpretar acontecimientos biográficos (Benavente, 2022, párr. 1).

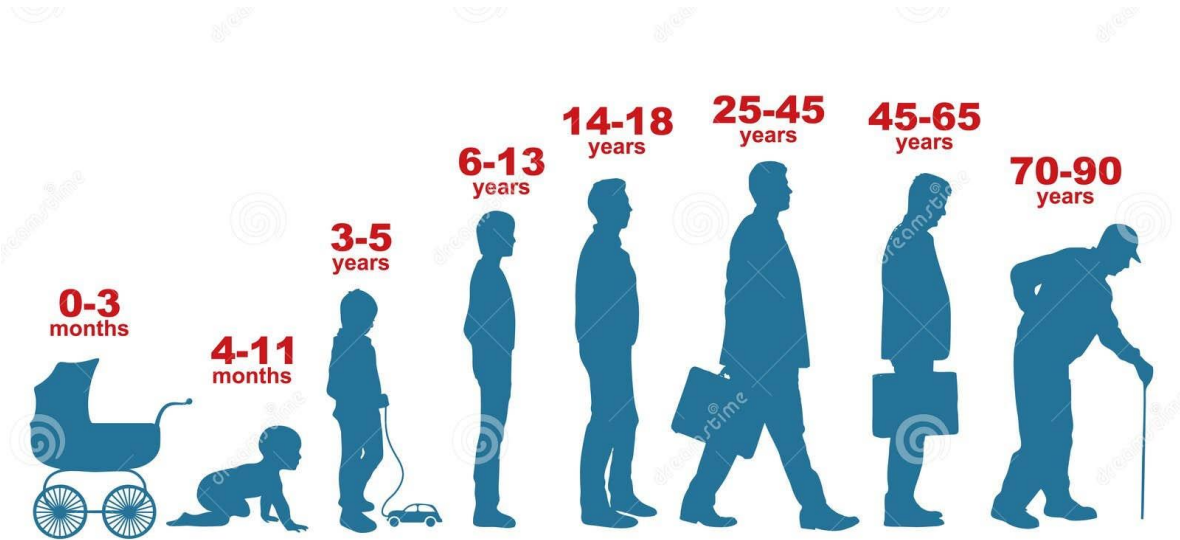


Ilustración 9

NIÑEZ

Por lo que se refiere a la niñez en esta fase el niño adquiere varias destrezas mentales y habilidades motoras, entre ellas el desarrollo del lenguaje, con el que podrá ampliar sustancialmente su capacidad de comunicación; es la etapa en que empieza a caminar con mayor seguridad y tener mejor control muscular, lo que le otorga mayor autonomía (Martínez, 2008, p, 31).



Ilustración 10

En cuanto a la niñez no remite a una etapa única e indivisible, sino que incluye diferentes instancias delimitadas por cambios sociales o biológicos visualizados como significativos para el crecimiento de la persona. Derivado del estudio de las formas mediante las cuales cada sociedad estructura las fases del ciclo vital, se delimita aspectos sumamente importantes ayuda a estructurar las condiciones sociales que son asignadas a los miembros de cada grupo de edad (Hecht, 2009 parr.8).



Ilustración 11

Con respecto a la mirada de los médicos señalan que la niñez presenta una hiperactividad que la distingue y diferencia de la etapa adulta, la cual se manifestó a través de diversos factores, tales como la actividad circulatoria, la ingesta de alimentos, las actividades del sistema nervioso, la eliminación de orina y heces fecales y el tamaño de varios órganos de capital importancia (Del castillo, 2003, p,14).

ADOLESCENCIA

Hay que resaltar que la adolescencia es una etapa única y formativa, pero los cambios físicos, emocionales y sociales que se producen en este periodo, incluida la exposición a la pobreza, los malos tratos o la violencia, hacen que los adolescentes sean vulnerables a problemas de salud mental, física y emocional (OMS, 2021, pàrr.5).

Es preciso insistir que la adolescencia es una etapa fundamental para sentar los cimientos de una buena salud en la edad adulta. Detrás de las principales enfermedades no transmisibles hay muchos comportamientos y problemas relacionados con la salud que se manifiestan o se agravan durante esta etapa de la vida (OMS, 2014, parr.10).

Según Hernández (2011) la adolescencia es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta, es una transición tanto física como psicológica por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social. Según la OMS, es el período entre 12 y 19 años.

Tal como dice Medina (2009) la adolescencia es el periodo de vida en donde los jóvenes se empiezan a independizar más y por este motivo también empieza a haber un gran alejamiento entre padres e hijos.

Como menciona Lillo (2004), se trata de una etapa en donde los adolescentes tratan de identificar su identidad definitiva que se verá plasmada ya en la edad adulta. Toda esta etapa está llena de dificultades que hacen que el adolescente se sienta avergonzado por que es una etapa muy difícil.



Ilustración 12

Hay que mencionar que ser adolescente es como ser un potro desbocado o como una cuadriga romana que circula arrastrada por un conductor incapaz de controlar los arranques de sus caballos (Gavin, 2022, p.42). De ahí que la adolescencia es una etapa importante en el crecimiento y desarrollo de la persona. Los hábitos y conductas alimentarias que comiencen en esta etapa se establecerán para la vida adulta (Tovo, 2013, parr.1).

Ahora bien, el proceso de la adolescencia con todos sus cambios se analiza habitualmente diferenciando tres niveles interrelacionados:

- Biológico: la pubertad.
- Psicológico. Fases y tareas de la adolescencia.
- Social: Emancipación y valores sociales.

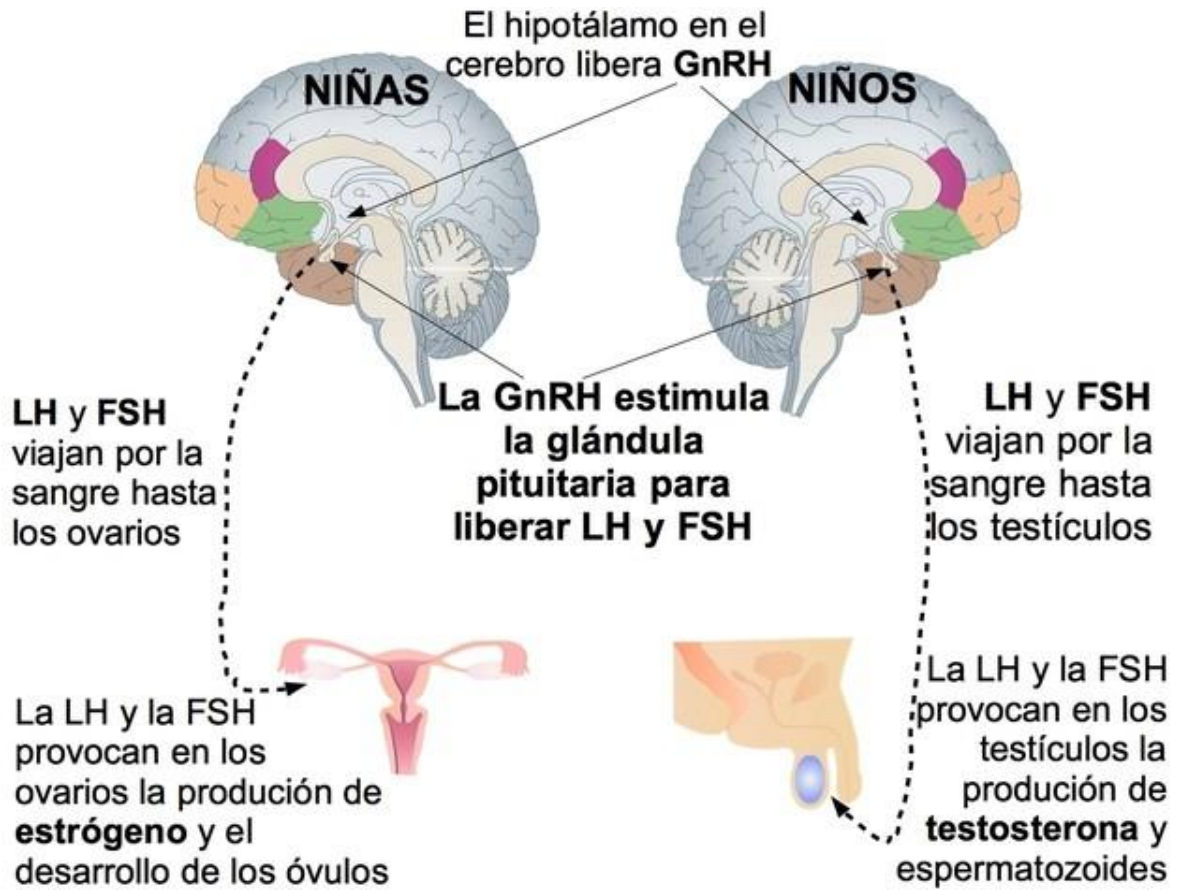


Ilustración 13

Los fenómenos biológicos más importantes que marcan el proceso adolescente son dos: el crecimiento y desarrollo corporal, y la aparición de los caracteres sexuales secundarios (Antona, 2003, párr.4).

Aun así, este proceso es motivado por el mejoramiento en los principales indicadores de salud, el nuevo enfoque de riesgo y la prioridad dada a las acciones de promoción de salud y prevención, por una parte, unido a la necesidad de atención de los adolescente y jóvenes por su participación dentro de la fuerza productiva y social (Pérez, 2002, p, 15).

Aunque los adolescentes no forman un grupo homogéneo, existe una amplia variabilidad en los diferentes aspectos de su desarrollo; además los aspectos biológicos pueden influir en el desarrollo psicológico. Cuando el proceso de desarrollo está muy adelantado o retrasado respecto a sus compañeros, el adolescente tiene a menudo dificultades de adaptación y baja autoestima (Güemes-Hidalgo, 2017, p,8).

Dicho de otro modo, por Carrillo- Álvarez, (2016) la etapa de la adolescencia se prolonga por un periodo de tiempo en el cual se van descubriendo diferentes etapas por las que pasa el adolescente la cual tiene diferentes características que no pueden fijarse por un tiempo de lapso determinado.

Desde otra perspectiva la adolescencia es un momento de la escala de la vida que forma los valores y decide fortalezas sociales, psicológicas y sexuales, incluso es el momento de definir proyectos de vida y crear sus propias bases para el desarrollo individual y de la sociedad. En ese sentido se hace necesario evaluar conductas para con los adolescentes que puedan desarrollar acciones positivas ante factores y conductas de riesgo (Rodríguez Burgos, 2019, párr. 1).



Ilustración 14

Es decir, la transición de la niñez a la adultez presenta características que le son propias e independientes de la sociedad o la época en que éstas se producen. De tal manera que los cambios físicos de la pubertad sólo parecieran estar influidos en su aparición más temprana o tardía por aspectos genéticos, nutricionales y ambientales (Espinoza, 2014, p,230).

Tal como Rodríguez (2006) dice que la adolescencia es la etapa más significativa que tiene nuestra sociedad porque es cuando los hijos tienen más enfrentamientos y rupturas y menos compatibilidad con los padres, también es donde los comportamientos, actitudes y afectos cambian continuamente.

Se afirma que, la adolescencia es un periodo vital en el que el hábito social de consumo de alcohol es mucho más probable este periodo de transición entre la infancia y la adultez está caracterizado por una "cultura de edad" de la que el adolescente se siente miembro y en la que va conformando sus propios comportamientos (Díaz, 2018, parr.4).



Ilustración 15

Al afirmar que en este período de desarrollo se vive un crecimiento acelerado del esqueleto provocando cambios en la autoimagen y en el manejo físico del espacio, especialmente hasta los 14 años, todo lo cual dificulta el manejo de las interacciones; además, se terminan de desarrollar los sistemas respiratorios, circulatorio y de la reproducción (Mancilla, 2000, p,109).

Según Gonzales (2007) los adolescentes es el grupo más propenso a probar las drogas, ya que tienen la motivación, la curiosidad y el deseo de experimentar sensaciones fuertes y nuevas que les parecen interesantes en ese momento además del hecho que ya se sienten adultos.

También durante la adolescencia los jóvenes establecen su independencia emocional y psicológica, aprenden a entender y vivir su sexualidad y a considerar su papel en la sociedad del futuro. El proceso es gradual, emocional, y a veces perturbador. Un joven puede sentirse desilusionado, decepcionado y herido en un determinado momento y, poco después, eufórico, optimista y enamorado (UNICEF, 2002, p.4).

Según Cortes Alfaro (2021) en la adolescencia los adolescentes tienen una conducta suicida que se ha convertido en un problema de salud muy frecuente en los últimos años las edades que predominan en este suceso son de 15 a 19 años y es la cuarta causa de muerte en cuba.

ETAPAS:

ADOLESCENCIA TEMPRANA – ADOLESCENCIA TARDÍA

Además, es la etapa de la vida en la que el individuo comienza sus aspiraciones y se esfuerza por saber quién es y quién quiere ser, en la que quiere conocerse a sí mismo y proyectar y elaborar los ideales de vida para el futuro. En esta etapa se replantean tanto el individuo como su relación con la sociedad, considerándose la búsqueda de nuevas metas y objetivos, que le permitan realizarse como individuo único (Águila, 2017, parr.6).

Según Aliño Santiago (2006) en la adolescencia temprana, que es entre los 10 y los 14 años, ocurren la mayoría de los cambios biológicos, entre ellos los del aparato reproductor, en las mujeres comienza el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales internos y en el hombre el aumento de tamaño de testículos.

ADOLESCENCIA TEMPRANA



Ilustración 16

Más aun en la menarquia y conductas de riesgo, está que el desarrollo puberal se presenta durante la adolescencia inicial (10 a 13 años), caracterizado por rápidos cambios físicos, lo que llevaría a una inadecuada autopercepción, asociado al impulso de experimentación y búsqueda de identidad, donde los pares toman gran importancia, habiendo un distanciamiento de la familia (Leal F, 2015, parr.5)

Cabe mencionar que la adolescencia tardía se vive un período de transición entre la adolescencia y la mayoría de edad, que tiene una importancia incuestionable (Mansilla, 2000, p. 210).

ADULTEZ

Para empezar el concepto de adultez lo clasifican en dos categorías principales: los adultos y la tercera edad, las cuales se subdividen a su vez en tres etapas conocidas como adulto joven (de los 18 a los 25 años), adulto medio (de los 26 a los 45 años), y adulto tardío (de los 45 a los 64 años) (Díaz, 2006, p.2)



Ilustración 17

Además, desde el punto de vista del desarrollo personal y social la adultez surge con una entidad propia, como una etapa diferente a la adolescencia, y a la vejez, pero muchos de los acontecimientos que se viven en la época adulta guardan

relación con lo vivido en el segmento anterior y a la vez van a repercutir en el periodo posterior (Berger, 2009, p.9)

De ahí que, por adulto se entiende aquella persona que ha terminado de crecer y se encuentra en el período intermedio entre la adolescencia y la vejez. Jurídicamente, el concepto de adulto viene a determinar lo que socialmente se conoce como la mayoría de edad (Negri, 2015, p.3).

ETAPAS DE LA ADULTEZ

ADULTEZ TEMPRANA O JUVENTUD

De acuerdo a Erikson, la crisis de la adultez temprana corresponde a la 6° crisis: intimidad versus aislamiento. Representa la búsqueda de compromiso con el otro. Para ello el joven debe estar preparado para una pérdida temporal de su yo, en la relación íntima. El fracaso en el logro de las metas de esta etapa lleva al aislamiento y la absorción en sí mismo. La virtud es el amor y gracias a él se desarrolla la capacidad para vivir en pareja y tener hijos.



Ilustración 18

ADULTEZ INTERMEDIA

Se le conoce como el periodo que se da entre los 40 y 65 años de edad, después de la adultez temprana y antes de la adultez tardía. Este periodo se le caracteriza por ser menos vigoroso que en periodos previos, pero también por tener una vida más estable, conformando una familia y teniendo una carrera profesional bien asentada (Rubio, 2021, párr. 2).

El término Mediana edad y la ubica entre los 40 y 50 años. • Entiende que se trata de un momento de verdadera individuación, centrado en el trabajo psíquico que demanda la transitoriedad de la vida individual, y la elaboración del trauma por la propia muerte futura, implicando la tramitación psíquica de la aceptación de que la muerte propia acontecerá en algún momento futuro (Amorin, 2014, pag, 128).

VEJEZ

La vejez es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital. La vejez es una etapa de la vida y el envejecimiento un proceso que ocurre a lo largo de la vida. Ambos objetos de conocimiento son multidisciplinares, puesto que el ser humano es una realidad bio-psico social(Fernández, 2001, pág. 1).



Ilustración 19

La vejez suele ser reconocida por la mayoría de nosotros a partir del tiempo acumulado, como un signo del tiempo transcurrido, independientemente de la interpretación que cada grupo o cultura haga de tal signo, es decir, del significado con el que se relaciona esta edad en función de un momento histórico determinado (Esquivel, 2009, pag,48).

La vejez es un período de retos adaptativos dado el cambio gradual de las condiciones de salud física y mental, las dificultades para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y las restricciones a la participación social (Cárdenas, 2011, Pág. 529).

CAPITULO III

GENERO

Cuando se habla de sexualidad o de género, es algo complicado. Ni la sexualidad ni el género son precisamente una posesión, sino que ambos deben ser entendidos como maneras de ser desposeído (Butler,2006, p,38).

Según Lamas (1996) la sociedad condiciona la conducta subjetiva de las personas y mediante esto la sociedad es la que fabrica las ideas de las personas haciéndoles creer o que es bueno a malo para los hombres y las mujeres, es por eso por lo que aún no hay igualdad entre los sexos.



Ilustración 20

Así mismo cuando una persona nace es, inmediatamente, clasificada como niño o niña. A partir de ese momento, gran parte de los mensajes que recibe, la forma en que es tratado o cómo se le habla, las expectativas que despierta, etc. estarán sesgados por esa inicial clasificación (Ruiz, 2009, parr,1)

Según Amurrio (2012) los estereotipos de género son las características y los rasgos que se le dan a los hombres y mujeres desde que nacen, estas características se les dan con base a los roles que actualmente son conocidos y aceptados por la sociedad.



Ilustración 21

Además, esta construcción social funciona como una especie de "filtro" cultural con el cual se interpreta al mundo, y también como una especie de armadura con la que se constriñen las decisiones y oportunidades de las personas dependiendo de si tienen cuerpo de mujer o cuerpo de hombre (Lamas, 2007, p,1).

Se afirma que el género se analiza como una categoría de análisis feminista que ha ensanchado los límites de la objetividad en las ciencias sociales y del mismo modo, se advierte contra ese proceso que consiste en desvincular el género del feminismo (Bedia, 2007, p,249).

Es decir, los estereotipos de género son creencias sobre las características asociadas a mujeres y hombres que mantienen la discriminación de género. El estudio de los estereotipos que prevalecen en nuestros días se torna indispensable para conocer los cambios que se van produciendo en relación con este fenómeno (Castillo, 2014, párr., 1).

Según la OMS (2018) Cuando las personas o los grupos no se ajustan a las normas, a los roles, las responsabilidades o las relaciones relacionadas con el género, pueden ser rechazadas y discriminadas por la sociedad, ya que no siguen las reglas.

HETEROSEXUALIDAD- HOMOSEXUALIDAD

Ciertamente la referencia a la heterosexualidad se plantea como un reconocimiento del yo, usualmente es como una relación de poder que sirve para normalizar una pauta particular de las relaciones sexuales que oprimen a las mujeres, los gays y las lesbianas (Seidler V, 1995, p, 78).

Así mismo una de las consecuencias de la heterosexualidad, entendida no como una práctica sino como un modelo social histórico, a partir del cual se legitiman una serie de normas que contribuyen a estigmatizar a todos los individuos y grupos etiquetados bajo otras categorías, como la ¿homosexualidad? (Del Rio, 2006, párr. 1).

Por lo tanto, la heterosexualidad, la atracción afectiva y erótica es hacia personas del otro género. Así, una mujer se siente atraída, se enamora y se erotiza con un hombre y viceversa. En la homosexualidad, un hombre ama y experimenta deseo por otro hombre y una mujer hace lo propio con otra mujer (Malagón, 2011, p.112).

SECUNDARIA – EDUCACIÓN BÁSICA

Acerca del modelo de secundaria básica que existía tradicionalmente no contribuía en su totalidad con un eficiente desarrollo de la calidad educativa de los niños y adolescentes manifestándose como debilidades, la sucesión de asignaturas con diferentes profesores, los cuales, por interactuar con varios destacamentos docentes, no podían realizar una labor de prevención educativa”. (García, 2010, p,97).

Según Leyva (2006) se ofrece un sistema para la autoevaluación de adolescentes de secundaria básica. Esta consta de cuatro niveles que son: autodiagnóstico vivencial, comprensión de los contenidos educativos bajo la guía del profesor, aplicación de los contenidos educativos y autoevaluación del nivel educativo.

Al mismo tiempo la comunicación constituye una competencia indispensable en los directores de escuelas secundarias básicas, para llevar adelante la tarea de la dirección en una escuela cada vez más socializada, democrática y participativa, que exige: diálogo, horizontalidad y equidad (Lozano, 2005, p.45)

Según Zorrilla (2004) la educación secundaria comprendida como el puente entre la educación elemental y la preparatoria. Durante mucho tiempo se denominó la secundaria como “educación media básica” para distinguirla del bachillerato o

preparatoria al cual se le llama también “educación media superior”. En la actualidad, la educación secundaria se define es el último nivel de la educación básica obligatoria.

Ahora bien, en cuanto a la terminación de los estudios de secundaria, en nuestro país la situación refleja un déficit altamente relevante. Basta con señalar que con base en el informe 2006 del PREAL México, comparado con países de otras regiones del mundo y de América Latina, obtuvo el último lugar en el rubro de egreso de la educación secundaria para el año 2002 (Ducoing, 2007, p,9).

Según Calixto (2015) propusieron unos programas para que se pueda registrar el avance que tiene el estudiante a lo largo de la educación básica entre los programas se encuentra: el cuidado de la salud y del ambiente. En el ensayo se abordaron diferentes campos de formación: exploración y comprensión del mundo natural y social, se integran diversos enfoques disciplinares relacionados con aspectos biológicos, históricos, sociales, políticos, económicos, culturales, geográficos y científicos.

Seguidamente la dirección escolar ha cobrado suma importancia en los nuevos modelos de gestión introducidos en las últimas reformas educativas a nivel global.

En México, la última de ellas pone énfasis en la educación básica basada en competencias, modelo que implica una gestión escolar con referentes en estándares de desempeño, en el cual queda involucrada, entre otros campos, la función de los directivos (Araiza, 2014, párr,1).

Según Flores (2012) en los últimos 80 años la matrícula de alumnos tuvo un gran aumento llegando a casi 30 millones, en ese periodo a principios del siglo XX de, lograr cuatro años de educación primaria a nueve, cuando se declaró la obligatoriedad de la secundaria en 1993, meta que no se ha podido alcanzar y en el año 2003 la educación básica se alargó otros 3 años ya que se hizo obligatorio la educación preescolar.

Se presenta el Modelo de Educación Histórica como una experiencia de innovación en la educación básica de México. Es parte de un nuevo paradigma educativo centrado en el aprendizaje a partir de la interacción con fuentes primarias, alternativo a la enseñanza expositiva. Concibe el aprendizaje como un proceso contra intuitivo mediante la contextualización del tiempo histórico, el análisis de información mediante conceptos de «segundo orden» y el transfer de conocimientos en actividades de recreación histórica (Hernández, 2012, p, 87).

Según Diario Oficial (1992) el Gobierno Federal y la sociedad se proponen transformar el sistema de educación básica -preescolar, primaria y secundaria- para asegurar que los niños y jóvenes tengan una educación que los forme como ciudadanos de una comunidad democrática, que les proporcione conocimientos y capacidad para elevar la productividad nacional, que tengan las oportunidades de

movilidad social y promoción económica de los individuos, y que, en general, eleve los niveles de calidad de vida de los estudiantes y de la sociedad en su entorno.

Según Pereyra (2008) el incremento de la escolarización tanto en el nivel inicial como en el nivel medio favoreció mucho fundamentalmente a los sectores peor posicionados de la estructura social, en este caso las zonas rurales que eran las más afectadas, hubo mayor índice de oportunidades de acceso al sistema, y los que fueron más beneficiados fueron tanto los niños y adolescentes.

Sin embargo, estos procesos intentan universalizar una educación secundaria básica de buena calidad, en la cual la idea de buena calidad incluye la formación en las nuevas competencias que reclaman el desempeño ciudadano y el desempeño productivo, en una sociedad caracterizada por requerimientos complejos y en cambios permanentes (Tedesco, 2002, p, 56).

SECUNDARIA PÚBLICA

También la escuela pública en, general, si bien con honrosas excepciones, no ha conseguido renovar sus prácticas pedagógicas, la calidad en términos de los aprendizajes de los alumnos está aún lejos de conseguir los estándares planteados en el currículo y los desiguales niveles de aprovechamiento escolar entre regiones, estados, municipios y escuelas hablan de una inequidad en la distribución de las oportunidades para aprender (Fierro, 2002, párr., 38).

Por otro lado, los niveles de cobertura de la oferta pública de educación básica y media en Colombia son altos considerando los niveles de pobreza y las posibilidades de pago de la población en los estratos más altos, y que, en algunas de las ciudades más importantes del país, el Gobierno tendría beneficios de incentivar, mediante el otorgamiento de becas que cubran parcialmente los costos de matrícula privada, el tránsito de estudiantes del sistema público al privado (Guarín, 2018, párr. 4).

SECUNDARIA PRIVADA

Puede agregarse también la otra teoría propone que el potencial aumento de productividad sería anulado por el efecto negativo del aumento de la segmentación, causado porque las escuelas privadas captan preferentemente a los estudiantes con mayor rendimiento académico demostrado o potencial (la hipótesis del “descreme” del sector público), perjudicando así a las escuelas públicas, lo cual produciría una situación de “suma-cero”, con inexistente mejoramiento sistémico” (Bellei, 2007, p,3).

Según Cuenca (2019) La educación privada inicio en la década de los noventas desde entonces el índice de la población que ha preferido que sus hijos asistan a este tipo de escuelas en las que se paga por la educación, ha ido incrementado de tal manera que los porcentajes suben cada año más y más este se casó se da principalmente en zonas urbanas.

CAPITULO IV
APARATO MASTICATORIO

APARATO MASTICATORIO

Como primer punto, la boca es una región fundamental del organismo, puesto que una boca sana es muy importante para masticar, hablar y lucir bien. Además, la salud de los dientes y de las encías puede afectar la salud de todo el organismo, ya que los microorganismos de la boca pueden llegar a la sangre e invadir órganos vitales del cuerpo (Alfonsín, 2013, p.13).

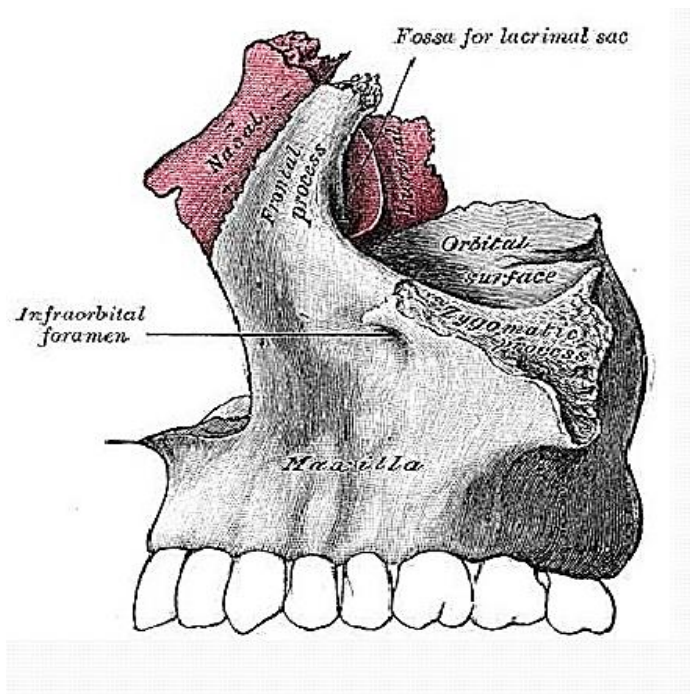


Ilustración 22

En primer lugar, la evaluación de la cavidad oral es, y debería ser siempre, parte del examen médico físico. Dada la cantidad de patologías que pueden cursar con síntomas o signos en las estructuras que comprenden la cavidad oral, su examen tiene que ser parte del arsenal de cualquier especialista (Berner, 2017, p.167).



Ilustración 23

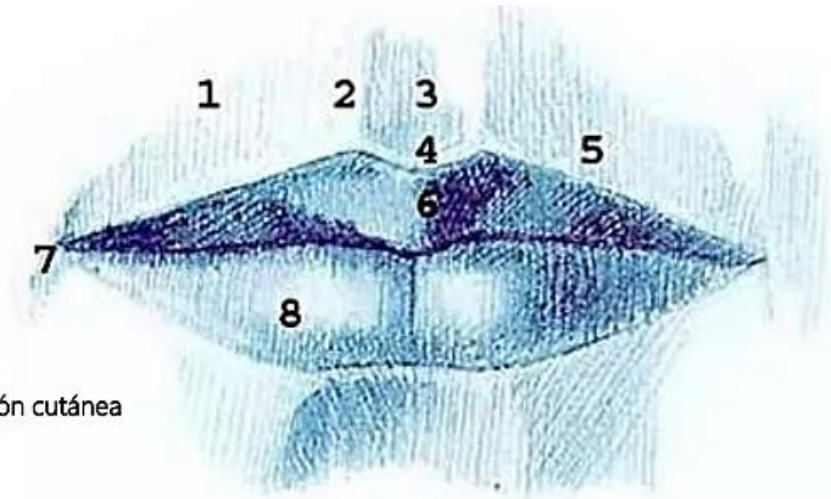
Evaluación de la Cavidad Oral



Ilustración 24

Evaluación de la Cavidad Oral

Ahora bien, la boca se divide en las siguientes partes: 1) labios, mucosa externa; 2) mucosa bucal, que incluye la mucosa interna de los labios, la mejilla, áreas retro molares y surcos buco alveolares superior e inferior (vestíbulo bucal); 3) encías superiores; 4) encías inferiores; 5) paladar duro; 6) dos tercios anteriores de la lengua (por delante de la V lingual); 7) suelo de la boca (Montes, p.3).



1. Labio superior: porción cutánea
2. Columna del filtrum
3. Surco del filtrum
4. Arco de Cupido
5. Línea blanca del labio superior
6. Tubérculo central de la porción mucosa del labio superior
7. Comisura labial derecha
8. Labio inferior: porción mucosa

Ilustración 25

Labios

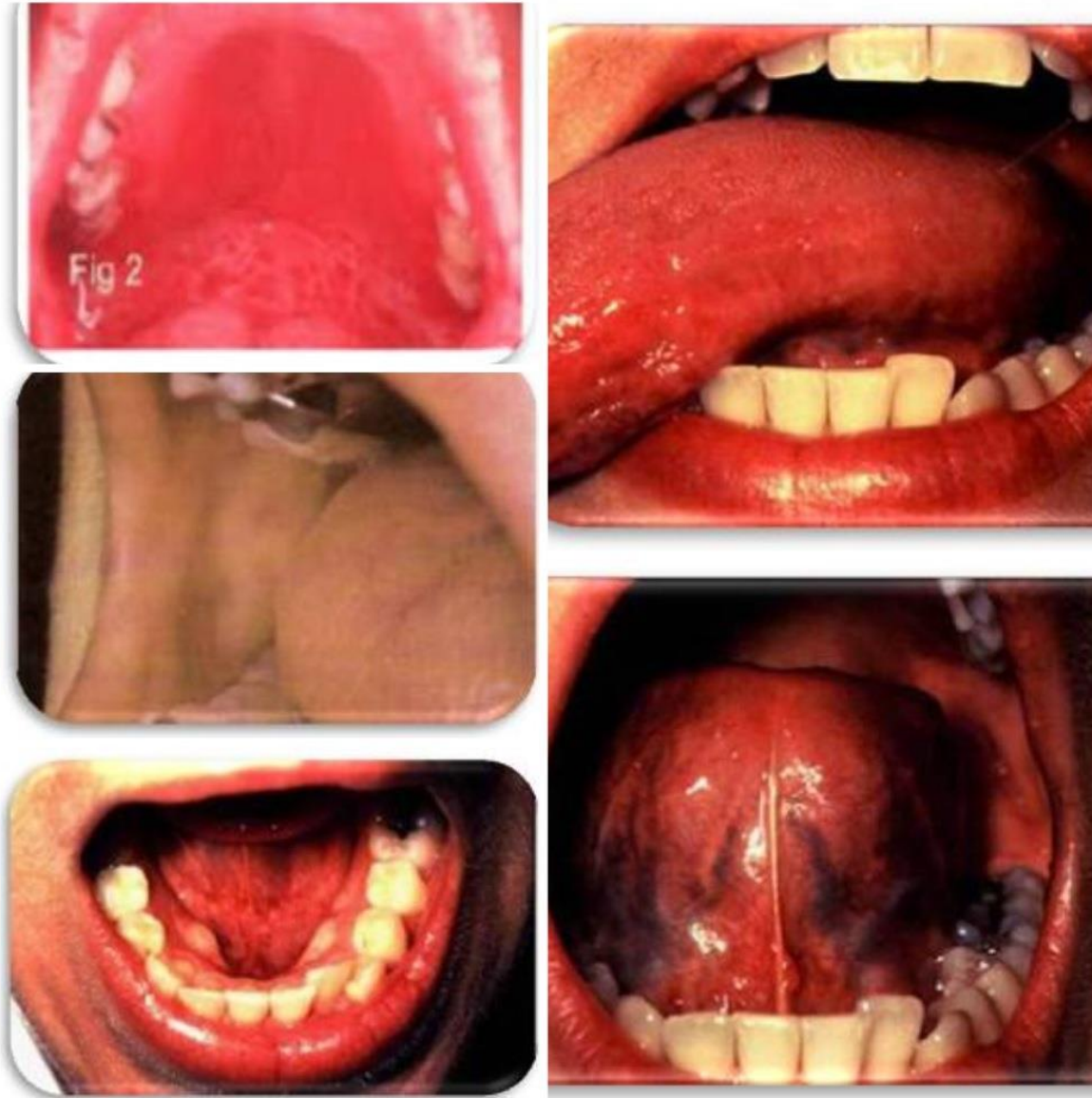


Ilustración 26

Ilustración 27



Ilustración 28

Encías Superiores



Ilustración 29

Encías inferiores

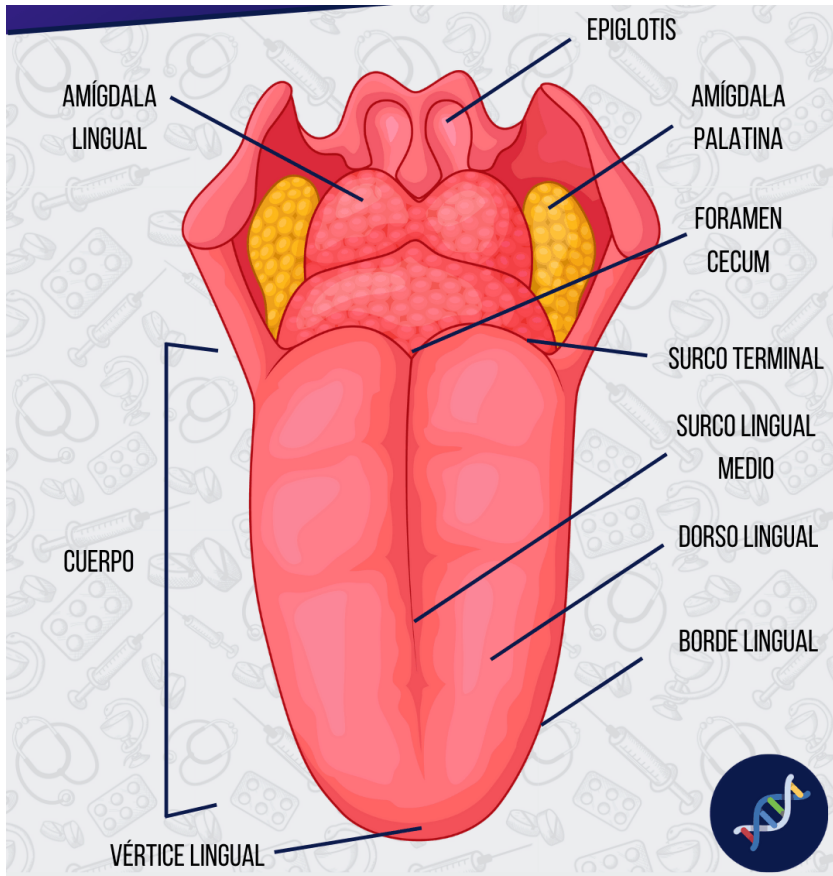


Ilustración 30

Lengua

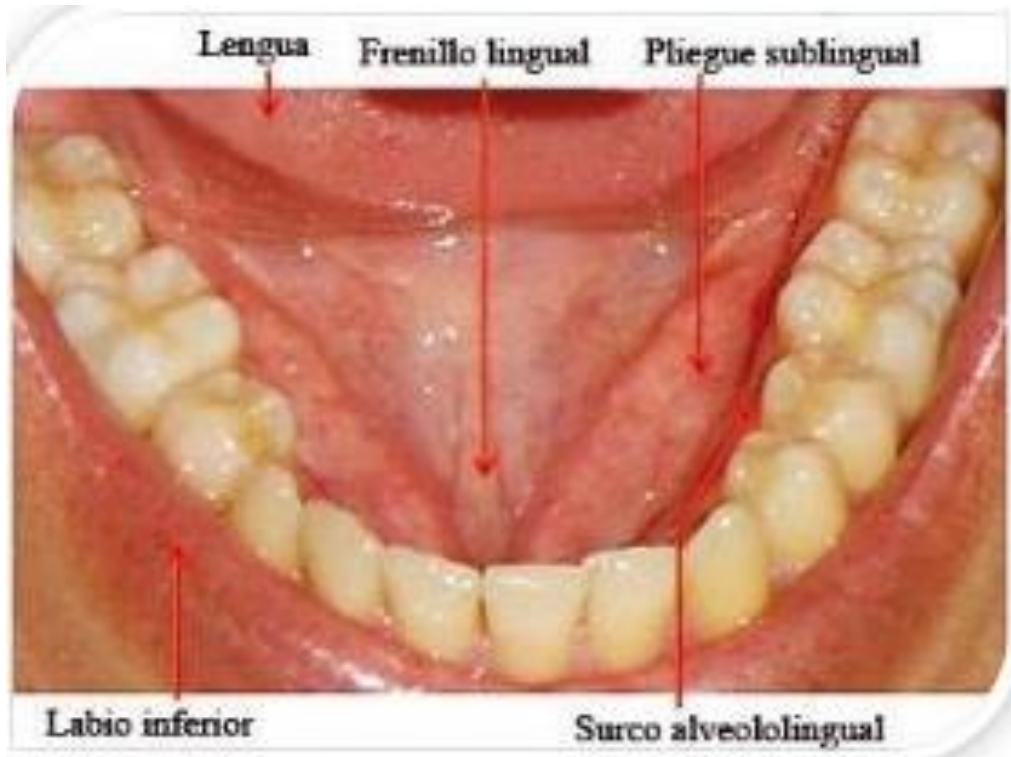


Ilustración 31

De modo que la mucosa oral está formada de manera más superficial por epitelio plano escamoso estratificado, en algunas zonas queratinizado, dicho epitelio deriva del ectodermo o endodermo (Gonzales, 2021, p.2).

CAVIDAD ORAL

Epitelio plano estratificado no queratinizado



Ilustración 32

Mucosa Oral

De ahí que, los dientes son órganos claves del aparato estomatognático (masticatorio), son estructuras de color blanquecino, de gran dureza y de formas diversas que se articulan con las cavidades alveolares del maxilar y la mandíbula, se organizan en dos arcadas dentarias: una superior y una inferior, en las que se encuentran distribuidas las piezas dentales en mismo número (Francia, 2013, p.40).



Ilustración 33

Órganos Dentales



Ilustración 34

Amígdalas Palatinas

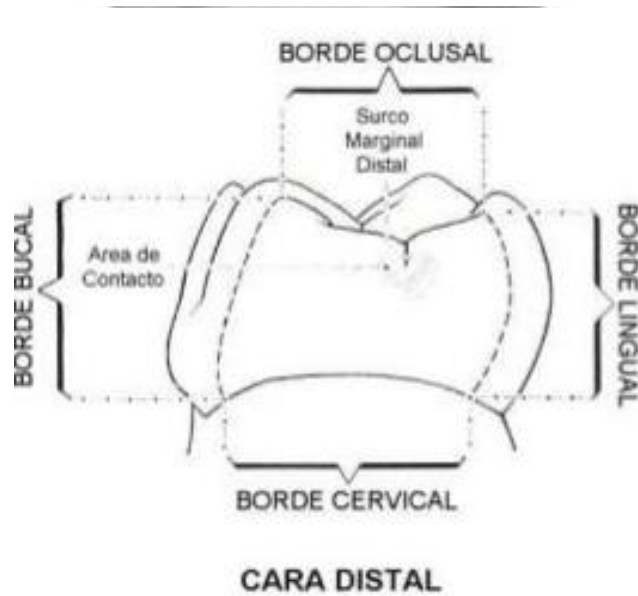
Las Amígdalas Palatinas: Se encuentran en las paredes laterales de la orofaringe entre los pilares anteriores y posteriores. Estos pilares se componen de mucosa, que envuelven las amígdalas en un grado mayor o menor en cada individuo (Brodsky, 2011, p.69).

CARACTERISTICAS DE ANATOMIA DENTAL

Para su estudio se divide a la unidad anatómica diente en tres partes: corona, cuello y raíz (Vila, 2020, pag,13).



Ilustración 35



Corona dental

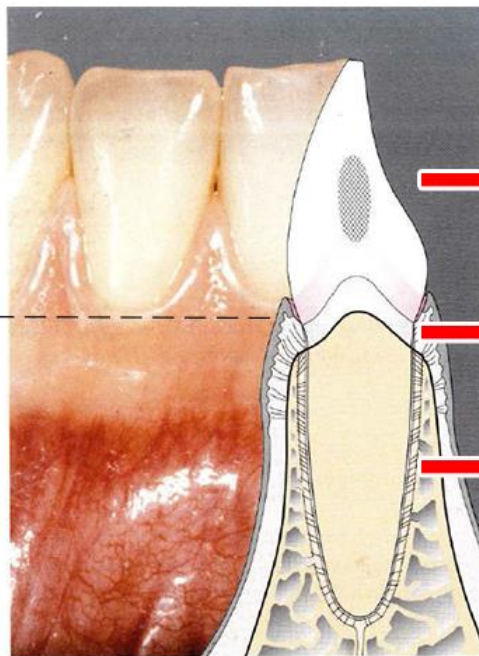
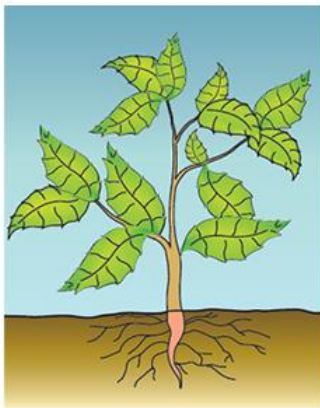
Ilustración 36

El cuello tiene la particularidad de ser único, aun cuando sean múltiples las raíces.



Ilustración 37

Cuello del Diente



→ corona

→ cuello

→ raíz

Ilustración 38

TIPOS DE DENTICION

La dentición es el conjunto de circunstancias que suceden en la cavidad oral desde el momento de la fecundación y que contribuyen a la formación, crecimiento y desarrollo de los dientes hasta su erupción, a fin de establecer la dentadura infantil y del adulto. Existen 2 denticiones: la dentadura infantil, primera dentición o dentadura fundamental, que consta de 20 dientes y la dentadura del adulto o segunda dentición, formada por 32 dientes (Garza, 2014, pag,14).

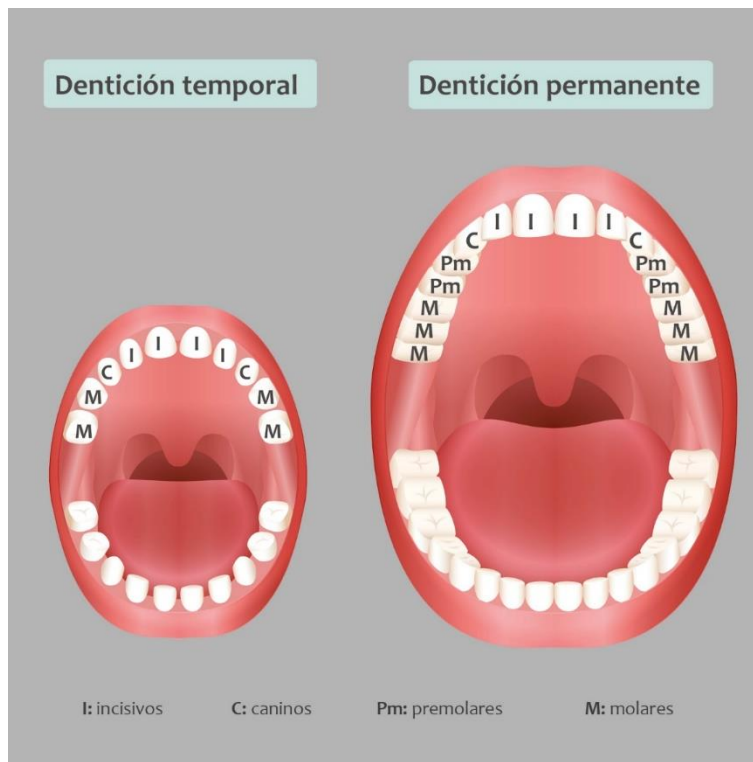


Ilustración 39

Tipos de Denticion



Ilustración 40

Erupcion Dental

DENTICION TEMPORAL

Así, mismo los dientes temporales son responsables de conservar el espacio para la alineación de los dientes permanentes. Es importante conservarlos en buen estado el mayor tiempo posible para evitar el desarrollo de patologías asociadas a la pérdida dental prematura (Alanis, 2011 p,30).

Clasificación de las piezas dentarias

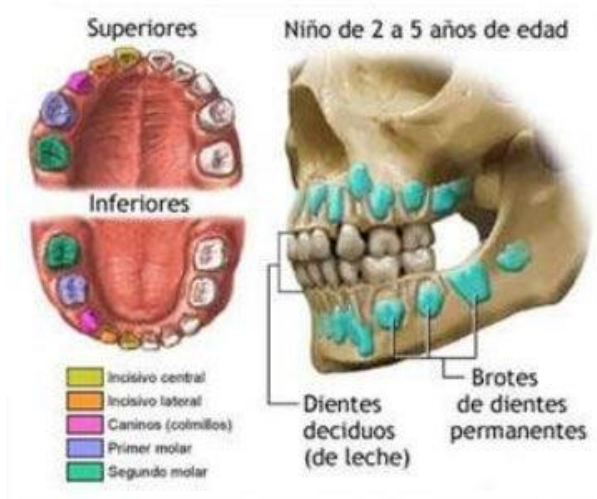


Ilustración 41

Denticion Temporal

DENTICIÓN MIXTA

Es decir, las interferencias oclusales son un problema frecuente en la dentición temporal y mixta, están asociadas a mal oclusiones funcionales como mordidas cruzadas anteriores, mordidas cruzadas posteriores, así como anomalías faciales y afectaciones de la articulación temporomandibular (Quintana, 2010, párr. 3).



Ilustración 42

Dentición Mixta

DENTICION PERMANENTE

Para finalizarla dentición permanente está más sujeta a interferencias de factores locales que la dentición temporal, debido a que el intervalo de tiempo para la erupción de toda la dentición permanente es prolongado. Algunos ejemplos de factores que pueden influir en el proceso de la erupción dental son: el sexo, la raza,^{6,7} la herencia y el nivel o estrato socioeconómico, entre otros (Sáenz, 2017, párr., 7).

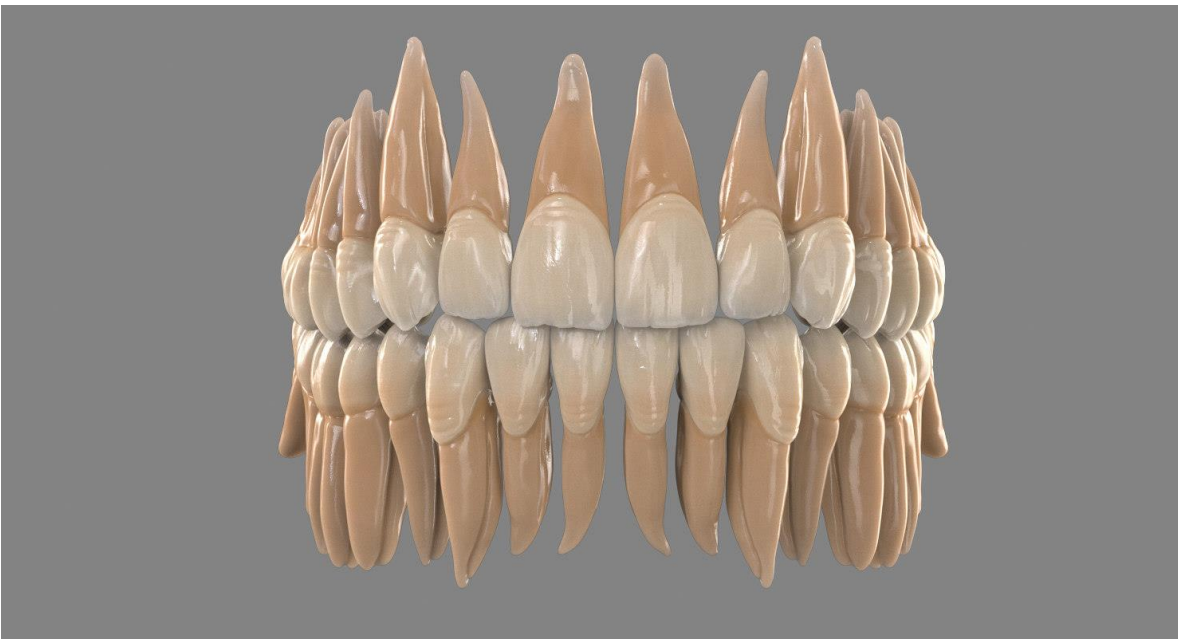


Ilustración 43

Denticion Permanente

CRONOLOGÍA Y SECUENCIA DE ERUPCIÓN EN LAS DENTICIONES

Consiste en el tiempo aproximado basado en años y meses en que puede erupcionar un diente. Aunque podemos encontrar diferentes tablas de referencia, se desconoce un tiempo exacto para que cada diente erupcione.

DENTICION TEMPORAL

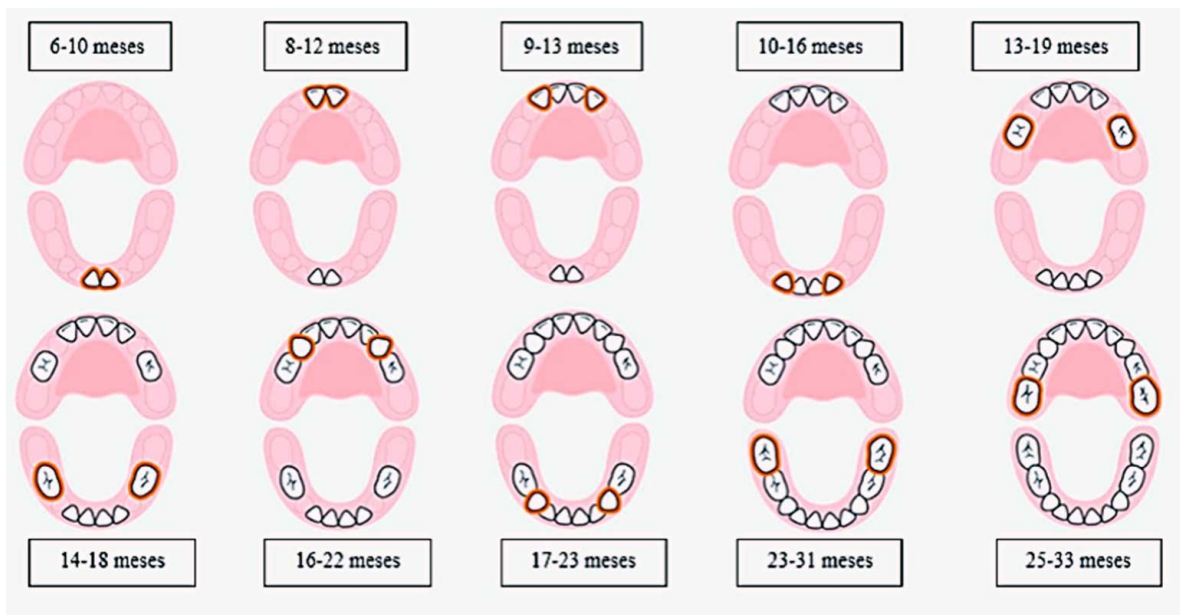


Ilustración 44

Cronologia Dentición Temporal

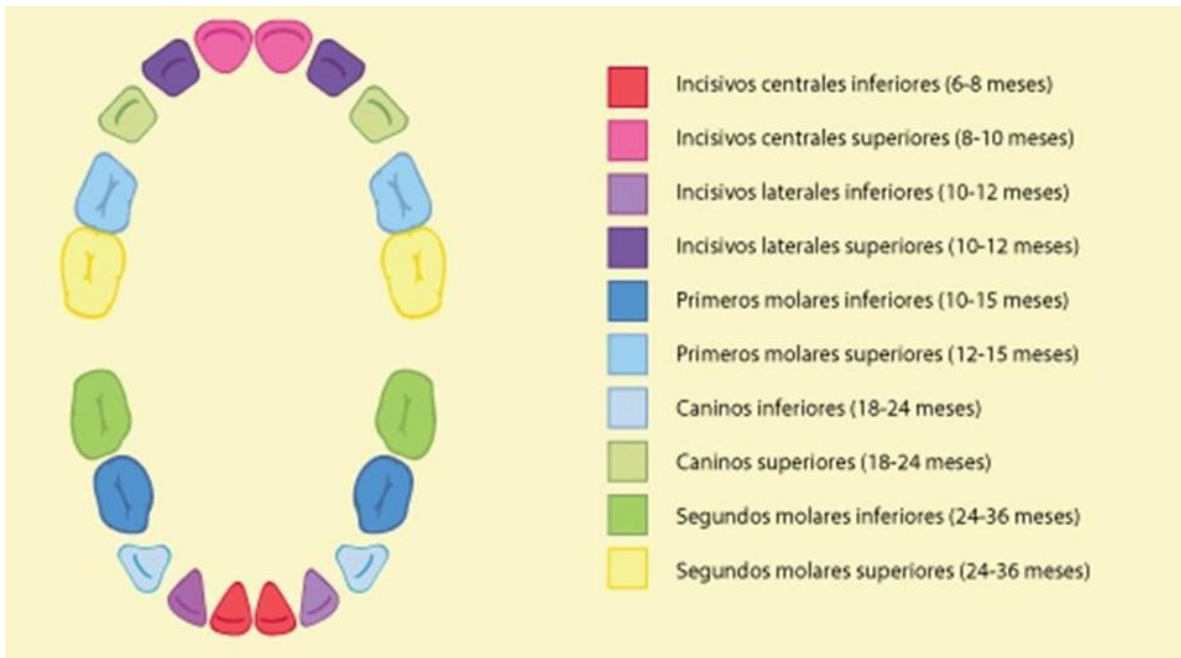


Ilustración 45

Conología Dentición Temporal

DENTICION PERMANENTE

Los dientes permanentes brotan con intervalos de un año entre cada grupo: el primer molar a los 6 años, los incisivos centrales superiores e inferiores a los 7 años, los incisivos laterales superiores e inferiores a los 8 años. El canino inferior y el primer bicúspide superior a los 9 años. El canino superior y el primer bicúspide inferior a los 10 años. El segundo bicúspide superior e inferior a los 11 años. Los segundos molares superiores e inferiores a los 12 años. Los terceros molares superiores e inferiores de los 18 a los 30 años (Concepción, 2013, pág., 11).

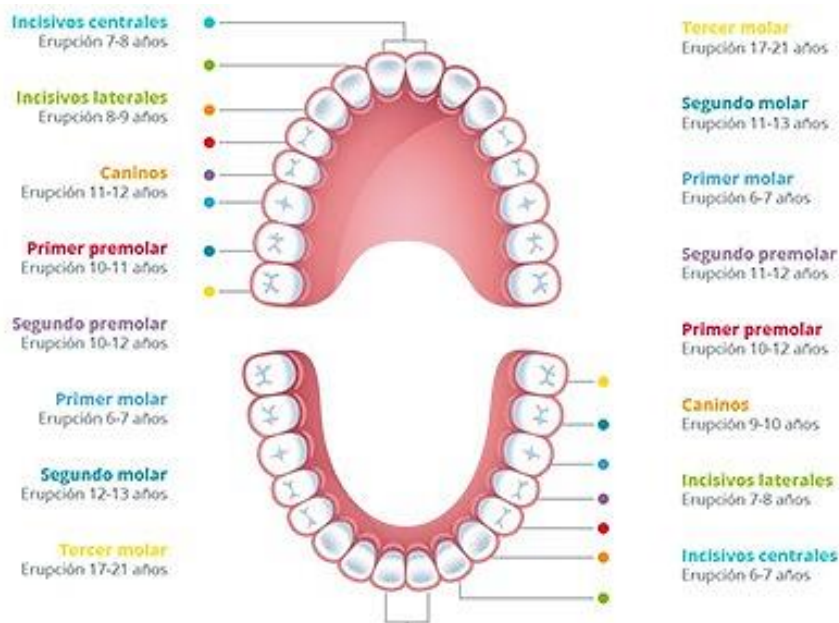


Ilustración 46

Cronología de Dentición Permanente

CARIES DENTAL

Inicialmente la caries dental es una de las enfermedades de origen infeccioso de mayor prevalencia en el ser humano y uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Enfermedad en la cual los tejidos duros del diente son modificados y eventualmente disueltos, existiendo un proceso de destrucción localizada de los mismos por la acción de las bacterias implicadas (Gonzales, 2013, parr.8).



Ilustración 47

Caries en Molares

Así se define a la caries dental como un proceso o enfermedad dinámica crónica que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos que, debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de la placa circundante, trae como resultado una pérdida del mineral de la superficie dental, cuyo signo clínico es la destrucción localizada de tejidos duros (Rodríguez, 2014, p, 210).

Según Fejerskov define la lesión cariosa como un mecanismo dinámico de desmineralización y re mineralización como resultado del metabolismo microbiano agregado sobre la superficie dentaria, en la cual, con el tiempo, puede resultar en una pérdida neta de mineral y es posible que posteriormente se forme una cavidad. Concluyendo que la caries es el signo de la enfermedad y no la enfermedad “per se” (Gonzales,1999 parr.3).



Ilustración 48

Caries en Premolar

Dicho de otro modo, a caries dental se caracteriza por ser una enfermedad multifactorial, como son: la dieta cariogénica, la anatomía de los dientes y la posición que éstos adoptan en la arcada la función de la lengua durante la autólisis, la naturaleza físico-química de la superficie del diente y la composición y cantidad de saliva (Barroso, 2007, p.116).

Así mismo la caries es una enfermedad que no solo perturba la salud bucal, también puede llegar a afectar la calidad de vida del individuo y quienes lo rodean. De aquí se desprenden dos acepciones, calidad de vida relacionada a salud y más específicamente, relacionada a salud oral (Rodríguez, 2020, p3).



Ilustración 49

Caries Dental en Canino

Seguidamente la caries dental tiene una etiología diversa pero bien definida y está compuesta por la aparición de factores primarios: El huésped (particularmente la saliva y los dientes), la micro flora y el sustrato. Además de estos tres factores, deberá tenerse en cuenta uno más, el tiempo, el cual deberá considerarse en todo estudio acerca de la etiología de la caries. (Vilvey, 2015, pag.2).

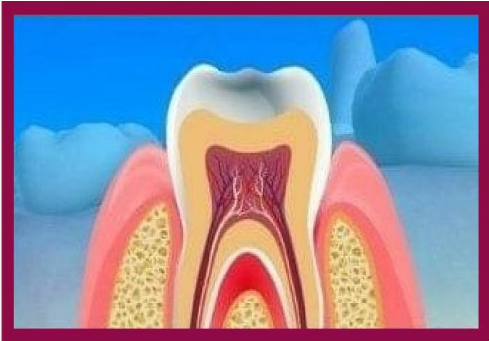
La caries dental continúa siendo una de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel mundial. Su diagnóstico se realiza principalmente mediante exploración visual y radiográfica (Hernando 2017 parra. 1).



Ilustración 50

Caries Dental en Incisivos

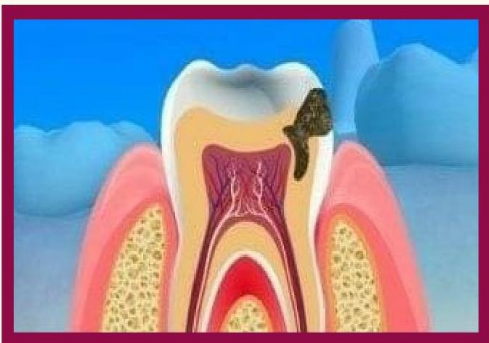
GRADOS DE CARIES



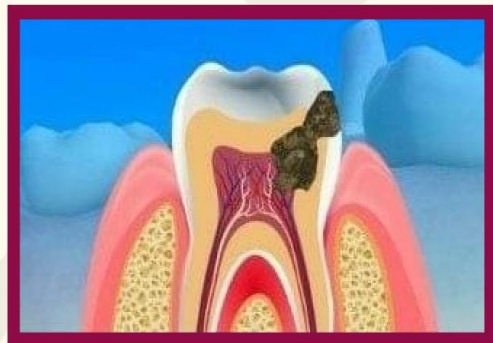
Diente sano



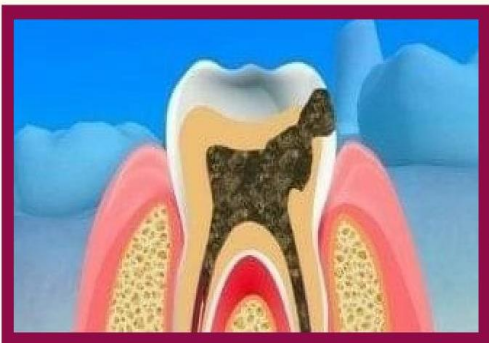
Primer grado:
afecta al esmalte



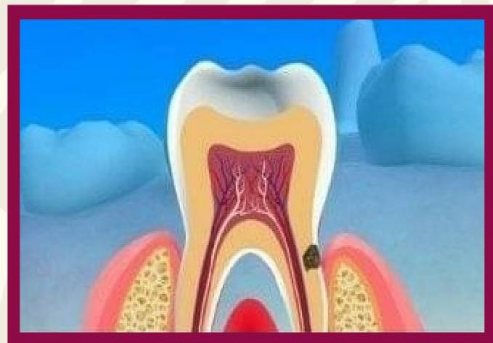
Segundo grado:
esmalte y dentina



Tercer grado:
esmalte, dentina y pulpa



Cuarto grado:
necrosis pulpar



Quinto grado:
caries radicular

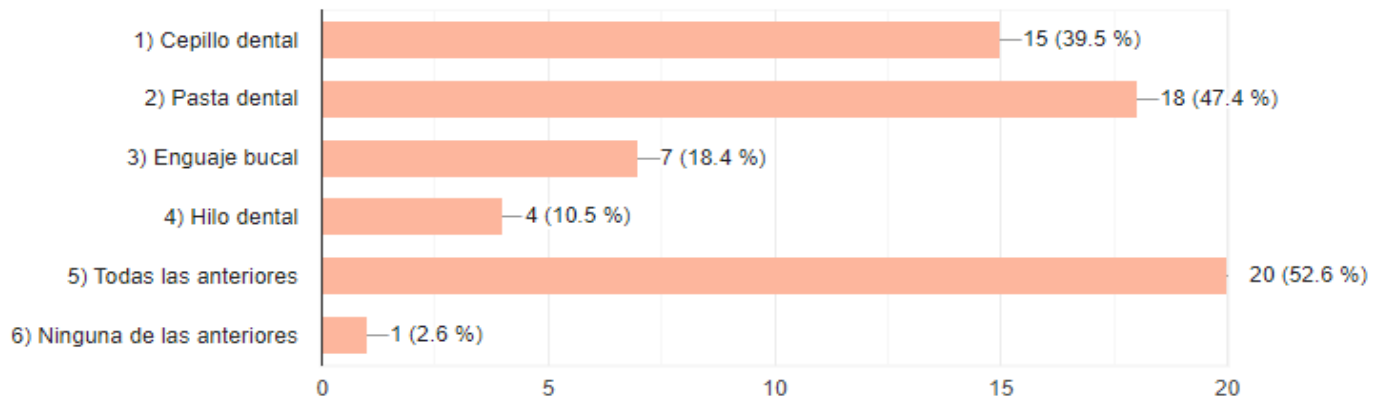
Ilustración 51

CAPITULO V
HABITOS DE LOS ADOLESCENTES

1. Revisar los hábitos con respecto a la salud bucal de los adolescentes de una secundaria pública.
2. Hábitos
3. Categorías de la encuesta

¿Qué utilizas para limpiar tus dientes?

38 respuestas

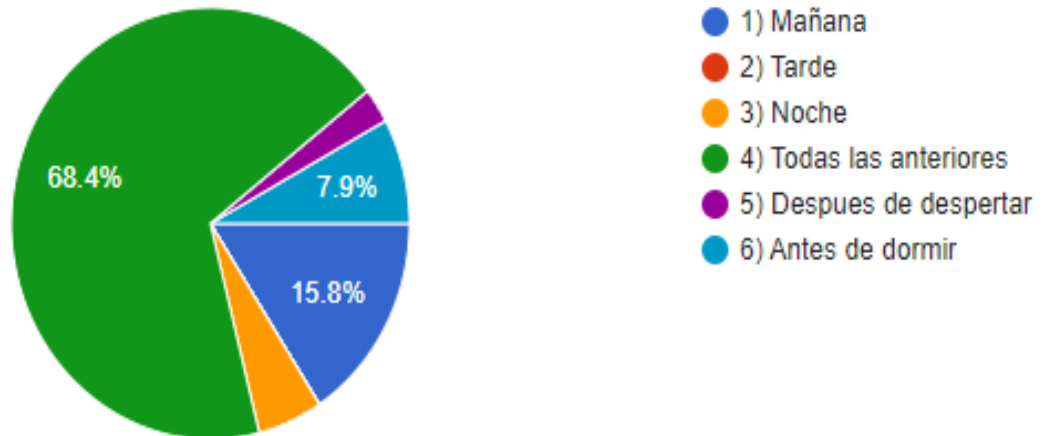


GRAFICA 1

De acuerdo a las encuestas realizadas a los adolescentes de secundaria en el año 2022 en la comunidad de Maxtleca de Galeana, se afirma que el 52.6% utilizan: cepillo dental, pasta dental, enjuague bucal eh hilo dental, para asear su cavidad bucal.

¿En qué momento del día lavas tus dientes?

38 respuestas



GRAFICA 2

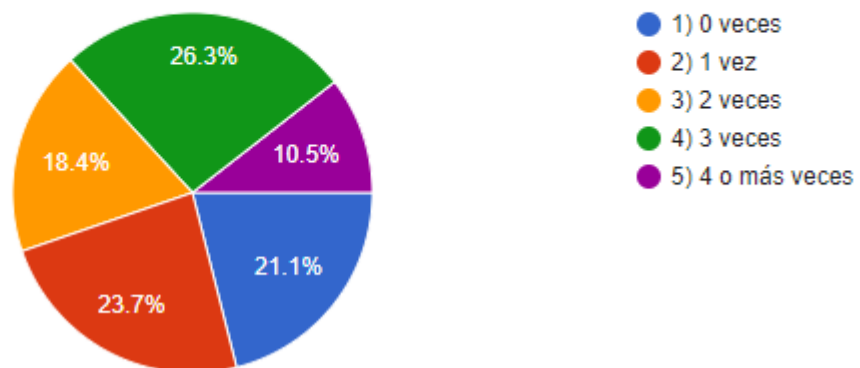
Existe un 21.1% de adolescentes que no realizan más de una vez, un lavado de dientes, lo que más adelante traerá como consecuencias algunas enfermedades como las siguientes: halitosis, caries dental, gingivitis, enfermedad periodontal, eh incluso hasta la pérdida del órgano dental.

GRAFICA 3

Cabe mencionar que hay una contrariedad por parte de los adolescentes ya que en la gráfica anterior había un alto índice de que los adolescentes solo se cepillaban los dientes una vez al día, y en esta 3^o grafica afirman que se cepillan los dientes mañana tarde y noche.

¿Cuántas veces acudes al dentista al año?

38 respuestas

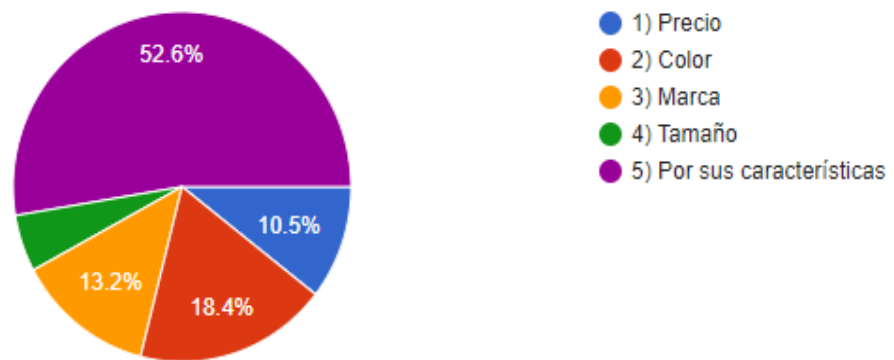


GRAFICA 4

Expone que el 21.1% de los adolescentes no acude al dentista ninguna vez al año, este dato es muy alarmante ya que hoy en día la salud bucal es muy importante, tanto en adolescentes como en adultos y niños.

¿Cómo eliges tu cepillo dental?

38 respuestas

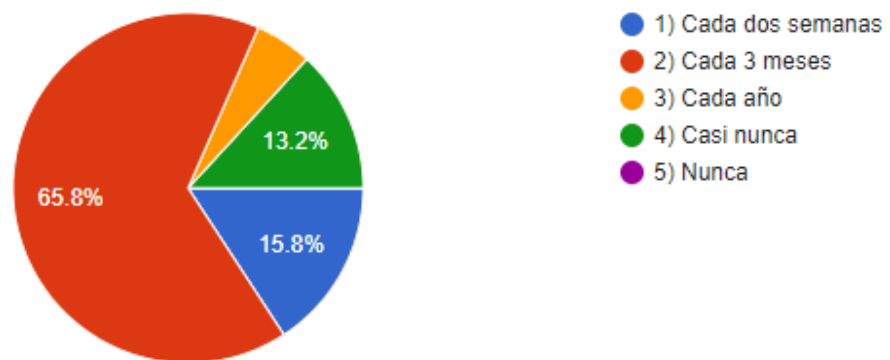


GRAFICA 5

El 52.6% de los adolescentes elige su cepillo dental por sus características ya que muchos cepillos dentales vienen con algún estilo, hay pequeños o grandes o por el tipo de cerdas que tienen.

¿Cada cuánto cambias tu cepillo dental?

38 respuestas

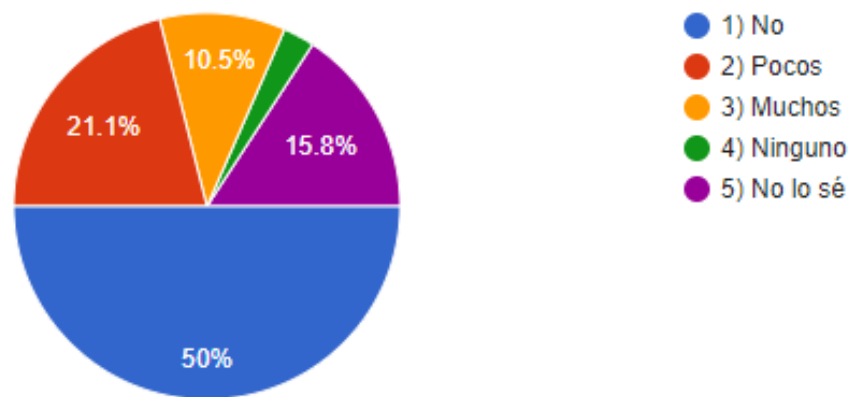


GRAFICA 6

De acuerdo a la gráfica existe un 5.3% de adolescentes que cambia su cepillo solo una vez al año y un 13.2% que casi nunca lo hace. Muchos estudios demuestran que después de tres meses de uso regular (al menos lavándote los dientes dos veces al día), un cepillo se desgasta y pierde eficacia para eliminar la placa de los dientes y encías en comparación con un cepillo nuevo.

¿Usted tiene puntos negros en los dientes?

38 respuestas

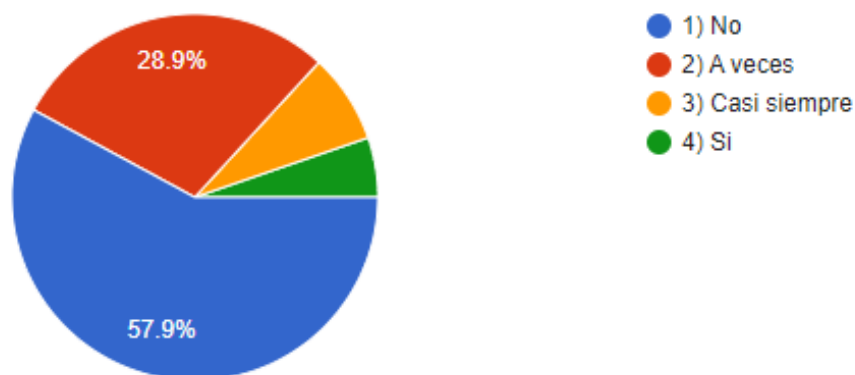


GRAFICA 7

El 50% de los adolescentes refieren que no tienen puntos negros en los dientes, más sin embargo el otro 21.1% refiere que sí. Los puntos negros, pueden aparecer por una variedad de razones. Tal defecto puede ser completamente inofensivo, o, por el contrario, puede ser evidencia del inicio de un proceso patológico. En cualquier caso, usted debe consultar a un dentista que puede hacer el diagnóstico correcto.

¿Tiene usted dolor en los dientes?

38 respuestas

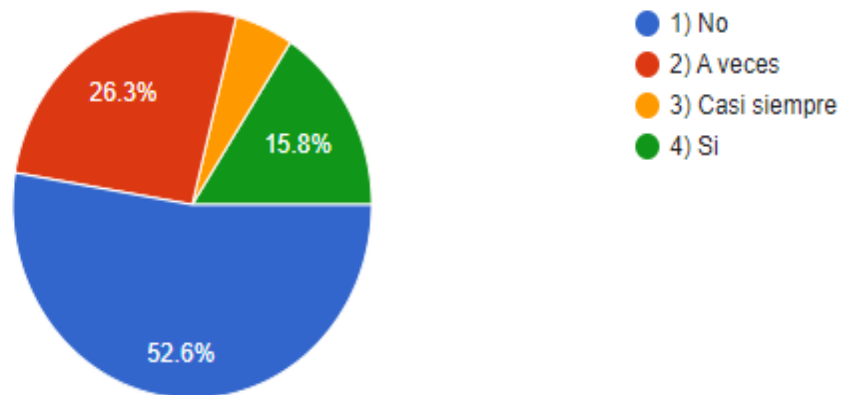


GRAFICA 8

El 28.9% de los adolescentes refiere que alguna vez en su vida ha tenido dolor en los dientes, las causas del dolor pueden variar más sin embargo este problema no se resolverán sin alguna intervención, y el retraso en el tratamiento puede desarrollar una condición aún peor, por eso es necesario acudir al dentista.

¿Tienes sensibilidad?

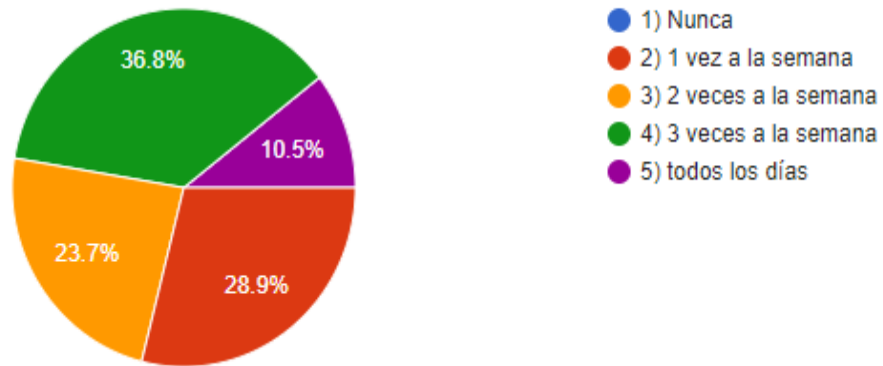
38 respuestas



Según el resultado, un 26.3% refiere que a veces ha tenido sensibilidad en los dientes, este es un tipo de sensación de frío en un diente. Ya sea por una caries, por tener la encías inflamadas o retraídas o por cualquier otro motivo, es probable que hayas experimentado sensibilidad dental. Y es que la sensibilidad en los dientes es una dolencia muy común entre la población general.

¿Cada cuánto consumes bebidas azucaradas (refresco, jugos, jugos industrializados)?

38 respuestas

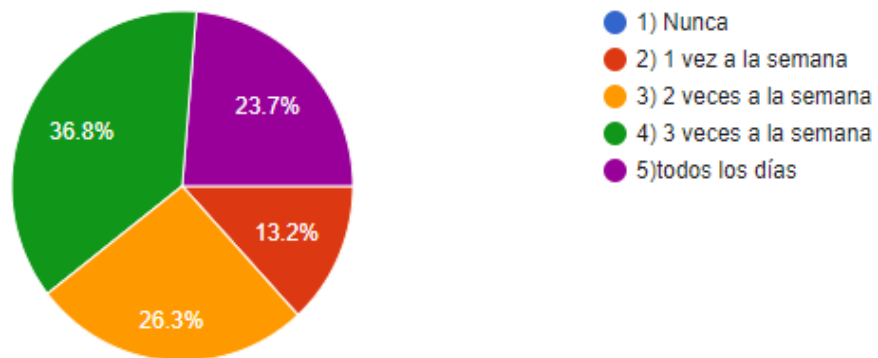


GRAFICA 10

Hubo un alto índice del 36.8% en el cual los adolescentes refieren que consumen 3 veces por semana azúcar o bebidas endulzantes. Es importante mencionar que el azúcar no es el causante de la caries. Esta enfermedad se debe a la acción del ácido provocado por las bacterias que están presentes en la boca. Son estas las que utilizan el azúcar durante su proceso de metabolización, generando como resto sustancias ácidas. De modo que, cuanto más azúcar consumes, estarás alimentando a las bacterias, y estas generarán mayor cantidad de ácido que es el que daña el esmalte y acaba provocando la caries.

¿Cada cuánto consumes los siguientes alimentos: dulces, comida chatarra, pan dulce?

38 respuestas

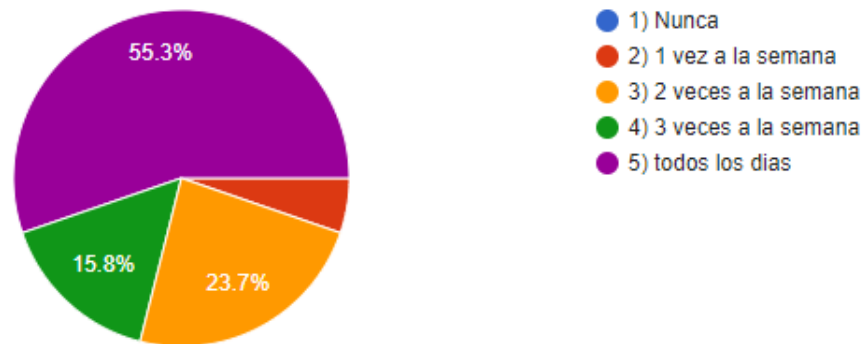


GRAFICA 11

La comida chatarra es una de las causas que provocan la caries. La comida chatarra y la falta de una cultura de atención en la salud bucal son factores que llevan irremediabilmente a la pérdida de la pieza dental. En este caso es importante remarcar que el 23.7% de los adolescentes consume alguna comida chatarra todos los días de la semana, por lo tanto, estas personas son más propensas a tener caries o a perder alguna pieza dental si no tienen una buena limpieza bucal.

¿Cada cuánto consumes los siguientes alimentos: frutas, verduras, carnes?

38 respuestas

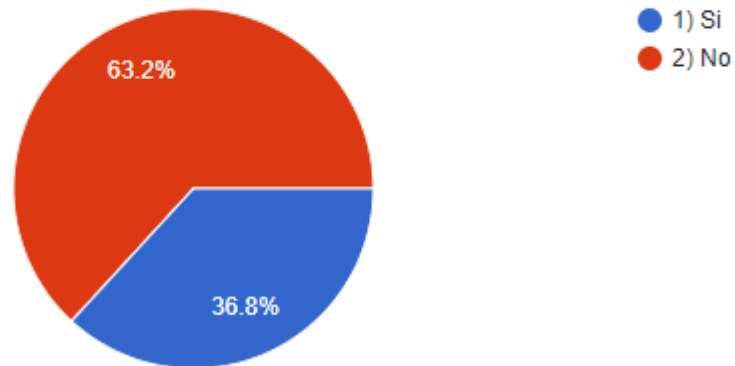


GRAFICA 12

El 53.3% de los adolescentes refieren que consume frutas, verduras y carnes todos los días. Las frutas y las verduras frescas con gran contenido en agua en su composición ayudan a proteger los dientes. El agua diluye los ácidos en la boca después de comer y el mismo acto de masticar estimula la producción de saliva. El melón, la saluda, la piña y la pira son algunas frutas ricas en agua.

¿Has notado que aprietas tus dientes?

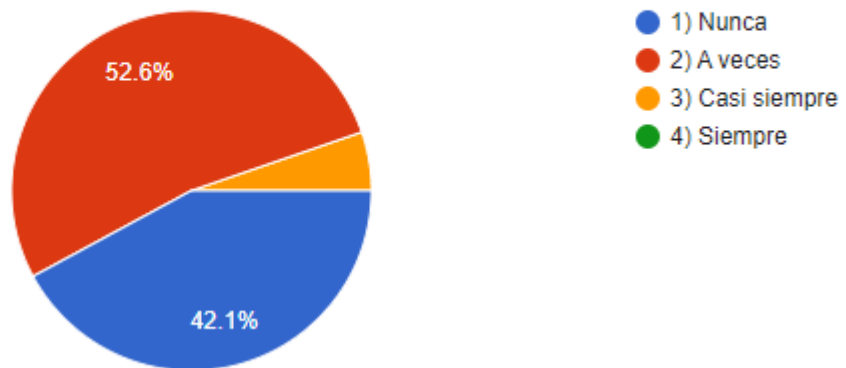
38 respuestas



GRAFICA 13

¿Con que frecuencia aprietas tus dientes?

38 respuestas

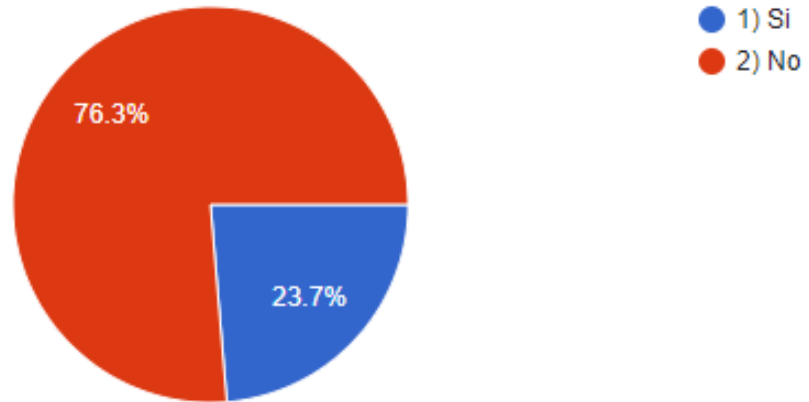


GRAFICA 14

Se estima que el 52.6% de los adolescentes aprietan los dientes ya sea durante el día o la noche. Este puede ser un hábito, también llamado bruxismo, suele estar causado por estrés y ansiedad, y generalmente se realiza inconscientemente durante la noche.

¿Te has blanqueado los dientes?

38 respuestas



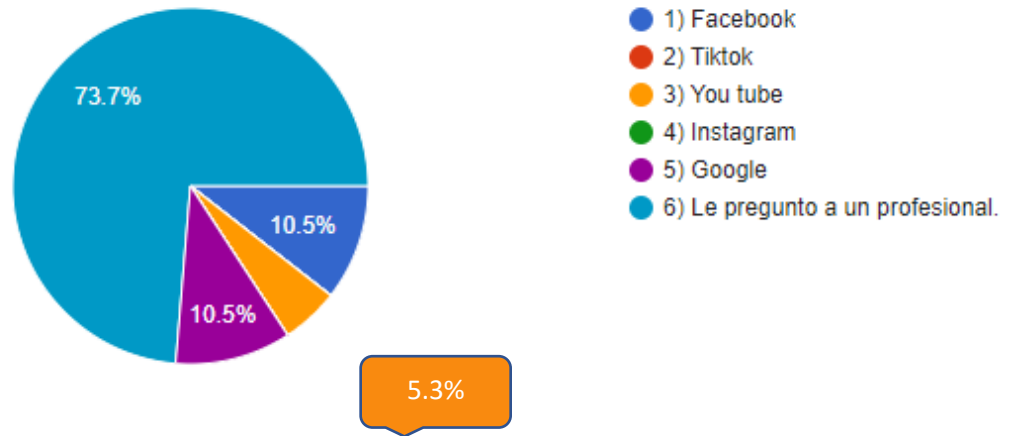
GRAFICA 15

Un 23.7% de los adolescentes refiere que si se ha hecho un blanqueamiento de dental. Los riesgos asociados con el blanqueamiento de dientes incluyen la sensibilidad de los dientes y el daño a las raíces.

¿Para el cuidado de tu salud bucal, donde te informas?



38 respuestas



GRAFICA 16

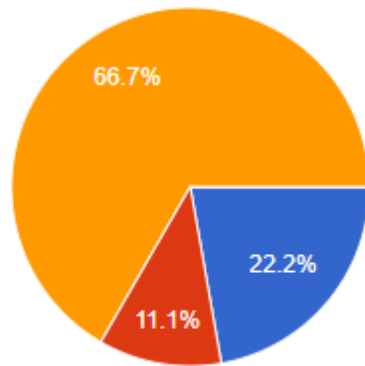
Como bien sabemos hoy en día las redes sociales permiten el contacto entre personas y funcionan como un medio para comunicarse e intercambiar información. En este caso más del 20% de los adolescentes la usan para informarse acerca de la higiene bucal, pero muchas veces esa información es errónea y confusa, lo más prudente sería que se acercaran con un profesional de la salud.

CAPITULO VI
RSTAURACIONES ODONTOLOGICAS

1. Ubicar los tipos de restauración odontológica más comunes utilizadas en México
2. Motivos de consulta
3. Restauraciones más frecuentes que realizan los adolescentes
4. frecuencia de adolescentes que recibe

1 ¿Paciente que acude con más frecuencia a su consultorio?

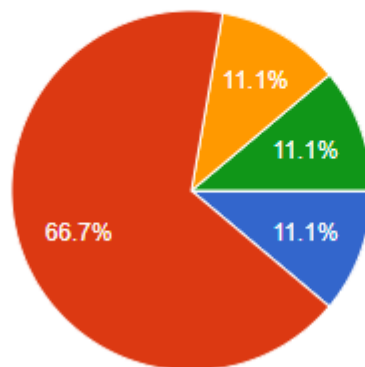
9 respuestas



- 1) Niños
- 2) Adolescentes
- 3) Adultos
- 4) Pacientes de la tercera edad

2 ¿Por qué motivo los adolescentes acuden a la consulta?

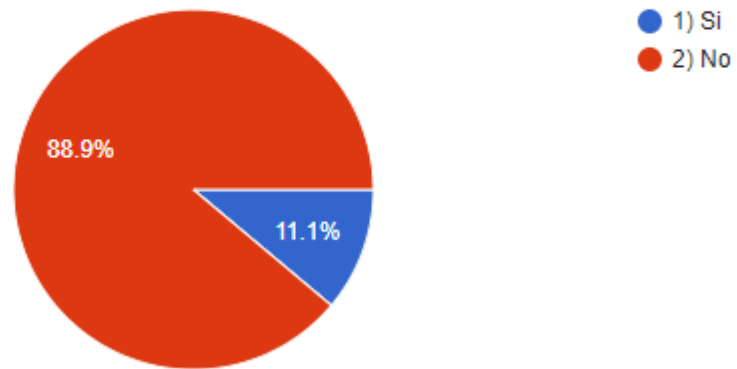
9 respuestas



- 1) Caries
- 2) Dolor
- 3) Limpieza dental
- 4) Ortodoncia
- 5) Enfermedad periodontal

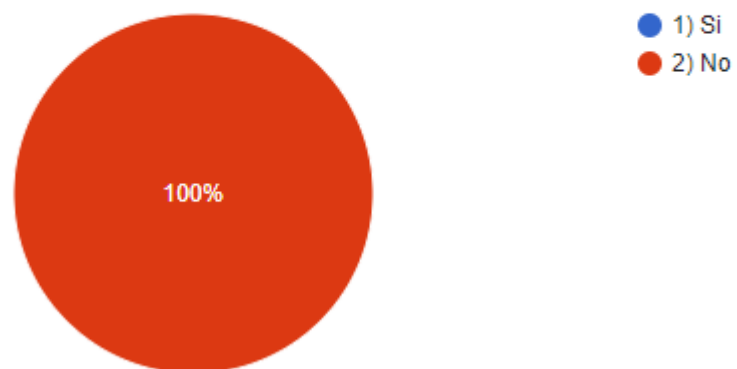
3 ¿Considera que los adolescentes tienen una buena salud bucal?

9 respuestas



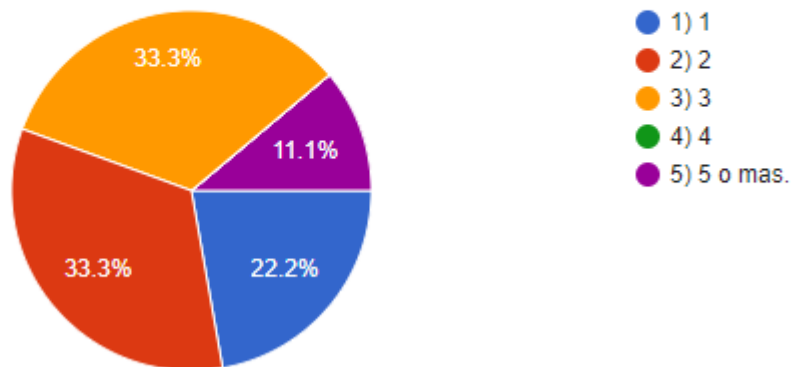
4 ¿Considera que los adolescentes son conscientes de todos los cuidados que deben tener acerca de la salud bucal?

9 respuestas



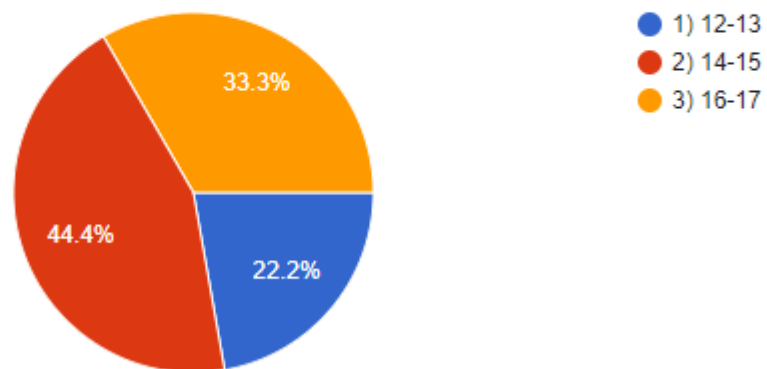
5 ¿Cuántos adolescentes atiende a la semana?

9 respuestas



6) ¿De qué edad son más frecuentes los pacientes que atiende en su consultorio dental o en la consulta dental?

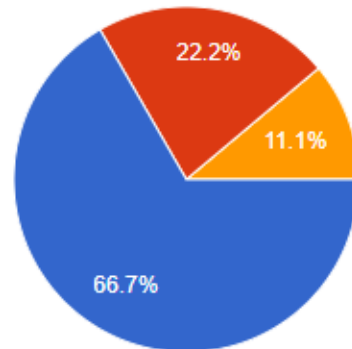
9 respuestas



7 ¿Qué restauraciones prefieren más los adolescentes?



9 respuestas

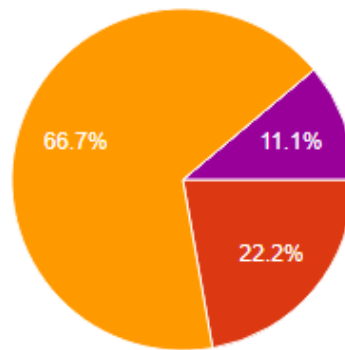


- 1) Restauraciones estéticas
- 2) Restauraciones no estéticas
- 3) Indiferente al tipo de tratamiento

8 ¿Porque cree que los adolescentes no acuden a consultas odontológicas constantemente?



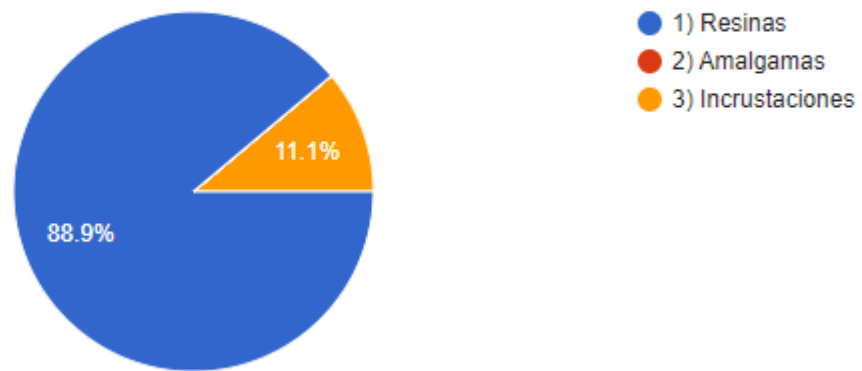
9 respuestas



- 1) Miedo
- 2) Irresponsabilidad de los padres
- 3) Piensan que no es necesario
- 4) Costo alto
- 5) Por todas las anteriores

9 ¿Cuáles son las restauraciones más frecuentes que realiza a los adolescentes?

9 respuestas



Los adolescentes constituyen un grupo poblacional vulnerable a varios problemas de salud, entre ellos los del componente bucal, debido en parte al desconocimiento de los factores que los propician y a conductas de riesgo que se observan, derivadas en gran medida de la falta de información.

En la población estudiada en esta investigación, predominó el nivel de conocimiento sobre salud bucal regular, predominando en los escolares cariados un bajo nivel de conocimientos sobre el tema.

Relacionado con el cepillado en un estudio similar realizado en la secundaria la mayoría de los adolescentes, (42.1%) respondieron que se cepillaban los dientes; teniendo una frecuencia de cepillado media, de 3 veces por día, lo cual coincide con la presente investigación. Y el 21.1% de los pacientes con caries manifestó 2 veces al día.

Puesto que la dieta es un factor determinante en el desarrollo de la caries, es preciso dar una información adecuada al respecto a los pacientes. Una dieta cariogénica cambia la composición química y microbiológica de la placa dental, lo que puede explicar los patrones de la caries.

En la gran mayoría de los escolares estudiados predominó la dieta de tipo cariogénica, dado que el 36.8% consume bebidas endulzantes más de 3 veces a la semana y un 23.7% consumen comida chatarra y dulces.

Seguido de esto, los dentistas encuestados afirman que los adolescentes no tienen el mínimo interés por su salud bucal ya que el 90% considera que no tienen una buena salud bucal.

Cuando nos referimos a estilo de vida, hacemos referencia al modo de vivir de un individuo o grupo poblacional influenciado por las características personales y patrones de comportamiento individuales, como las condiciones de vida y los aspectos socioculturales.

El conjunto de hábitos (me refiero al tipo de alimentación, cantidad de veces que se lavan los dientes, citas en el consultorio dental) y conductas positivas que lleve a cabo un adolescente determinarán un nivel de bienestar satisfactorio, así como una calidad de vida y salud futura. Por el contrario, estilos de vida no saludables generarán efectos negativos en su salud

De esta manera, y con todos los hábitos anteriores mencionados, se convierte en una etapa importante para la prevención y promoción de la salud, que pueden llevar al adolescente a instaurar patrones de conducta positivos.

En esta investigación se obtuvieron resultados estadísticamente significativos al relacionar hábitos de estilo de vida y salud oral. En la adolescencia es fundamental la creación de estrategias de prevención y promoción en salud dental, para instaurar rutinas correctas que no afecten a la salud general del adolescente.

Una parte esencial de la salud general es el estado de nuestra boca. En la adolescencia encontramos una de las patologías más frecuentes: la caries. Debido al cambio hormonal, y al declive del cuidado de su boca. Convertir la higiene bucal en saludable es darle al adolescente una pauta correcta, la cual podrá mantener a lo largo de su vida y, así poder valorar la importancia que tiene en su día a día,

Se necesita crear conciencia en promover aquellas rutinas saludables que ayudan al buen mantenimiento de la cavidad oral en nuestros jóvenes. Hay que poner el foco en crear estrategias a nivel preventivo para generar que, los adolescentes que son parte de la población sensible a la información proyecten una etapa de crecimiento con buenos hábitos instaurados y disminuya el impacto de estilos de vidas no saludables en su salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hernández A. F. Ledesma, E.R, Marín. E.G Marrero. M.M., & Carter. I. C. A (2018). Prevalencia de caries dental y nivel de conocimientos sobre salud bucal. Secundaria Básica: Antonio Maceo.2016. Revista Médica Electrónica, 40(4). 978-988.

Julio-Lanata, E., & Gudiño-Fernández, S. (2014). "HACIA DONDE DEBE IR LA OPERATORIA DENTAL: LA MÍNIMA INVASIÓN. PARTE 1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA". *Revista Científica Odontológica*, 10(2), 33–38. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324239187006>

Conceicao, N. (2008). Odontología restauradora. Salud y Estética. Médica Panamericana SA.

García, E. J., Momose de Andrade, T., Mongruel Gomes, O. M., & Gomes, J. C. (2009). Aplicación clínica de los parámetros estéticos en odontología restauradora. *Acta Odontológica Venezolana*, 47(1), 38-45.

Pomacóndor-Hernández, C. (2010). Papel de la clorhexidina en la odontología restauradora. *Odontología sanmarquina*, 13(2), 46-49.

Mandri, M. N., Aguirre Grabre de Prieto, A., & Zamudio, M. E. (2015). Sistemas adhesivos en odontología restauradora. *Odontoestomatología*, 17(26), 50-56.

Martínez, G. E., & Estelrich, M. J. (2016). Bioactividad en odontología restauradora. *Revista de la Facultad de Odontología*, 10(2).

Sánchez, C. C. (2021). El ciclo repetitivo en la Odontología Restauradora. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 78(5), 283-290.

Calatrava, L., & Torres, J. (20 de junio 2022). *FABRICACIÓN ASISTIDA POR COMPUTADORA EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA, ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS FUTURAS: UNA REVISION NARRATIVA COMPUTER-AIDED MANUFACTURING IN RESTORATIVE DENTISTRY, CURRENT STATUS AND FUTURE PERSPECTIVES: A NARRATIVE REVIEW RESUMEN*. Rodyb.com. <https://www.rodyb.com/wp-content/uploads/2022/09/2-fabricacion-asistida-.pdf>

Verdera, S. (2020). Protocolo de Atención en Odontología Restauradora ante la emergencia sanitaria Covid-19. *Odontoestomatología*, 22, 67-78.

Rossi, G. H., & de Rossi, N. E. C. (2004). *Atlas de odontología restauradora y periodoncia: workshop de cirugía periodontal para el práctico general*. Ed. Médica Panamericana.

Salud mental del adolescente. (2021, 17 de noviembre). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes. (14 de mayo 2014). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/14-05-2014-who-calls-for-stronger-focus-on-adolescent-health>

Gamo Medina, E., & Pazos Pizza, P. (2009). Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019649011>

Lillo Espinosa, J. L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría, 90, 57–71. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352004000200005>

EXPERIENCIAS DE UN PADRE. (s.f.). Aparomareda.Es. Consultado el 20 de septiembre de 2022 desde <https://aparomareda.es/wp-content/uploads/2022/05/May22-Sobreviviendo-a-la-adolescencia-1.pdf>

Alfonso Antona*, J. M. y. M. A. (2003). Papeles del Psicólogo. Papelesdelpsicologo.Es. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1054>

Dra. Susana Pineda Pérez Dra. Miriam Aliño Santiago. (2002). El concepto de la adolescencia. Ucr.Ac.Cr.

<https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo%20I.pdf>

Güemes-Hidalgo, M., Ceñal, M., & Hidalgo, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 5(1), 7-22.

CARRILLO-ÁLVAREZ, C. A., & DÍAZ-BARAJAS, D. A. M. A. R. I. S. (2016). Desarrollo del locus de control en las etapas de la adolescencia. *Revista de educación y desarrollo*, 39, 27-33.

Burgos, R., & Yajaira, D. (2019). *Pubertad y adolescencia*. <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/14422>

Espinoza-Garamendi, E., Lara-Campos, A., Perea-Martínez, A., Padrón-Martínez, M. M., & López-Navarrete, G. E. (2014). Entrevista con el adolescente. *Acta Pediátrica de México*, 35(3), 229–237. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640347009>

Rodríguez Ruiz, B., Plasencia, S., & Rodrigo López, M. J. (2006). LA PARTICIPACIÓN DE PADRES E HIJOS EN LOS CONFLICTOS FAMILIARES EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD. *Revista Internacional de Psicología evolutiva y educativa Revista INFAD de Psicología*, 2(1), 213–222. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832312018>

Díaz García, N., & Moral Jiménez, M. de la V. (2018). Consumo de alcohol y conducta antisocial e impulsividad en adolescentes españoles. *Acta Colombiana de Psicología*, 21(2), 110–130. <https://doi.org/10.14718/acp.2018.21.2.6>

Mansilla, M. E. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación en Psicología*, 3(2), 105–116. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8176557>

González Martínez, O. L., & Sanz Martínez, Y. A. (2007). La Percepción del riesgo y el Inicio del consumo de marihuana en un grupo de adolescentes tardíos. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/busquedaArticuloFiltros.oa?q=adolescencia%20tardia>.

Tovo, M. (2013). *Valoración del estado nutricional y descripción de hábitos relacionados con el riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad en adolescentes: Comparación entre dos escuelas de gestión pública y privada en la localidad de Tortuguitas, Provincia de Buenos Aires* (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano. Facultad de Ciencias de la Salud).

UNICEF. (2002). *Adolescencia: Una etapa fundamental*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF.

Cortés Alfaro, A., Román Hernández, M., Suárez Medina, R., & Alonso Uría, R. M. (2021). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *Anales de La Academia de*

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-01062021000200029

Águila Calero, G., Díaz Quiñones, J., & Díaz Martínez, P. (2017). Adolescencia temprana y parentalidad. Fundamentos teóricos y metodológicos acerca de esta etapa y su manejo. *MediSur*, 15(5), 694-700.

Aliño Santiago, M., López Esquirol, J. R., & Navarro Fernández, R. (2006). Adolescencia: Aspectos generales y atención a la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1), 0–0.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100009

Mansilla, M. E. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación en Psicología*, 3(2), 105–116.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8176557>

Guarín, A., Medina, C., & Posso, C. (2018). Calidad, cobertura y costos ocultos de la educación secundaria pública y privada en Colombia. *Desarrollo y sociedad*, 81, 61–114. <https://doi.org/10.13043/dys.81.2>

Butler, J., & Soley-Beltrán, P. (2006). *Deshacer el género* (pp. 392-392). Barcelona: Paidós.

Lamas, M. (1996). *La perspectiva de género*. Inesge. Mx.
http://www.inesge.mx/pdf/articulos/perspectiva_genero.pdf

Ruiz, E. E. (2009). Estereotipos de género. *Padres y Maestros*, 326, 17–21.
<https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/view/1319>

Leal F, I., Stuardo A, V., Molina G, T., & González A, E. (2015). Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 80(1), 41–47. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262015000100006>

Amurrio Vélez, M., Larrinaga Rentería, A., Usategui Basozobal, E., & Del Valle Logroño, A. I. (2012). Los estereotipos de género en los/las jóvenes y adolescentes. *Donostia: Eusko Ikaskuntza*.

Lamas, M. (2007). *el género es cultura*. <http://Www.Paginaspersonales.Unam.Mx/>.
http://www.inesge.mx/pdf/articulos/perspectiva_genero.pdf.

Bedia, R. C. (2005). El género en las ciencias sociales. *Cuadernos de trabajo social*, 18, 249-258.

Género y salud. (23 de agosto de 2018). organización mundial de la salud.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Seidler, V. J., Moreno, H., & Amador, C. (1995). Los hombres heterosexuales y su vida emocional. *Debate Feminista*, 11, 78–111. <http://www.jstor.org/stable/42625345>

Del Río, J. M. V. (2006). De la heterosexualidad a la ciudadanía. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, 1(1), 125-142.

Concepción Obregón, T., Sosa Hernández, H. P., Matos Rodríguez, A., & Díaz Pacheco, C. (2013). Orden y cronología de brote en dentición permanente. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, 17(3), 112–122.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000300012

García, R. G. (septiembre de 2010). *La tarea integradora en la Secundaria Básica*. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475748672010>

Leyva González, R., Rodríguez Maden, Á., Ochoa Ochoa, I., & Leyva Soler, C. (2006). Metodología para la autoevaluación del nivel educativo en adolescentes de Secundaria Básica. *Luz*, 5(3), 1–8.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=589165889008>

Lozano Diéguez, M., Lafita Frómeta, R., & Acosta Coutín, G. (2005). *La comunicación en la dirección de la secundaria básica cubana: estudio preliminar de su evolución histórica*. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475748650006>

La Federación, D. O. (martes 19 de mayo de 1992). ACUERDO NACIONAL PARA LA MODERNIZACION DE LA EDUCACION BASICA. Gob. <http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/b490561c-5c33-4254-ad1c-aad33765928a/07104.pdf>

Araiza Mendoza, S. M., Magaña y García, R., & Carrillo Vargas, L. E. (2014). Evaluación por estándares de la gestión directiva en secundaria. *Revista Iberoamericana de Educación*, 64, 99–113. <https://doi.org/10.35362/rie640408>

Zorrilla, M. (2004). *La educación secundaria en México: al filo de su reforma*. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/pdf/551/55120106.pdf>

Ducoing Watty, P. (2007). La educación secundaria. Un nivel demandante de especificidad y un objeto de estudio emergente. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 12(32), 7-36.

Pereyra, A. (2008). La fragmentación de la oferta educativa en América Latina: la educación pública vs. la educación privada. *Perfiles educativos*, 30(120), 132–146.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-26982008000200008&script=sci_arttext

Bellei, C. (2007). Expansión de la educación privada y mejoramiento de la educación en Chile. Evaluación a partir de la evidencia. Expansión of private schools and educational improvement in Chile. An evidence-based evaluation. *Revista pensamiento educativo*, 40(1), 1-37.

Cuenca, R., León, L. R. A. y., & Oré, S. (2019). ITINERARIOS DE LA EDUCACIÓN PRIVADA EN PERÚ. *Educacao & sociedade*, 40. <https://doi.org/10.1590/es0101-73302019192469>.

Fierro*, M. Z. (2002). Diez años después del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica en México: Retos, tensiones y perspectivas. Org. Mx. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412002000200006

Tedesco, J. C., & López, N. (2002). Desafíos a la educación secundaria en América Latina. *Revista de la CEPAL*.

Hernández, G. D. M., & Paz, R. O. (2012). El modelo de educación histórica. Experiencia de innovación en la educación básica de México. Enseñanza de las ciencias sociales: revista de investigación, 87-98.

Calixto Flores, R. (2015). Educación ambiental para la sustentabilidad en la educación secundaria. *Actualidades investigativas en educación*, 15(3), 546–566. <https://doi.org/10.15517/aie.v15i3.20929>

Flores-Camacho, F. (2012). La enseñanza de la ciencia en la educación básica en México. *México: INEE*, 5-111.

Tapia Gutiérrez C.P & Muños Pirce, P. (2019). Línea de vida como recurso narrativo para la formación SOCIOEMOCIONAL EN ESTUDIANTES DE PEDAGOGIA. *Praxis educativa*. 23 (2). 1-17.

Benavente, M. D. R. G., Varga, K. M. R., Domínguez, P. B. G., Rivera, C. F. M., & Olivas, O. L. L. (2022). La línea de vida como recurso metodológico. Dos ejemplos en el contexto universitario. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 12(1), 3.

Martínez, B. R. (2008). La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson. *Revista mexicana de pediatría*, 75(1), 29-34.

Hecht, A. C. (2009). Niñez y desplazamiento lingüístico: reflexiones acerca del papel del habla en la socialización de los niños tobas de Buenos Aires. *Anthropologica*, 27(27), 25-46.

Del Castillo Troncoso, A. (2003). La visión de los médicos y el reconocimiento de la niñez en el cambio del siglo XIX al XX. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 6(2), 10-16.

Alfonsín, A., & Giraudó, N. L. (2013). La boca también existe. *Odontología para médicos, enfermeros y personal de equipo de salud. Argentina: del hospital ediciones*.

Berner, J. E., Will, P., Loubies, R., & Vidal, P. (2017). Examen físico de la cavidad oral. *Medicina cutánea ibero-latino-americana*, 44(3), 167-170.

Montes, B. M., de Oca Fernández, L. M., & Mutuberría, F. G. EMBRIOLOGÍA Y ANATOMÍA DE LA CAVIDAD ORAL Y FARINGE.

González Limón, A. (2021). Fisiología de la hipersensibilidad de la cavidad oral.

Mancilla Domínguez, M. C. (2004). Función respiratoria alterada y sus efectos sobre el desarrollo de las estructuras del aparato masticatorio en niños de 4 a 12 años que asistieron a la Clínica de Especialización en Odontología Infantil a tratamiento integral.

Francia, A. L. F. (2013). La cara. Aspectos anatómicos IV. Artrología y aparato masticatorio. *Morfología*, 5(1). Francia, A. L. F. (2013). La cara. Aspectos anatómicos IV. Artrología y aparato masticatorio. *Morfología*, 5(1).

ELIZABETH, H. R. P. (2019) DEFINICION DE ANATOMIA DENTAL Y LAS ESTRUCTURAS ADYACENTES INTIMAMENTE RELACIONADAS CON LOS DIENTES.

Brodsky, L., Sih, T., Chinski, A., Eavey, R., & Godinho, R. (2011). El tejido linfoide del anillo de Waldeyer: Amígdalas palatinas, nasofaríngeas y linguales. *IX Manual of Pediatric Otorhinolaryngology*. São Paulo: Editora e Gráfica Vida & Conciência. González Sanz, Á. M., González Nieto, B. A., & González Nieto, E. (2013). Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutrición hospitalaria*, 28, 64-71.

Rodríguez, S. G., Ramos, L. P., Villalón, M. R., & Suárez, V. O. R. (2014). Epidemiología de la caries dental en la población venezolana menor de 19 años. *Medimay*, 20(2), 208-218.

González, M., Balda Zavarce, R., González Blanco, O., Solórzano Peláez, A. L., & Loyo Molina, K. (1999). Estudio comparativo de tres métodos de diagnóstico de caries. *Acta Odontológica Venezolana*, 37(3), 53-58.

Barroso, J., Guinot, F., Barbero, V., & Bellet, L. J. (2007). La importancia de la dieta en la prevención de la caries. *Gaceta dental*, 181, 117-131.

Rodríguez, A. A. G., & Rodríguez, P. D. L. M. W. (2020). La evolución de los métodos y herramientas para la detección de caries. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*.

Sánchez, C. C. (2012). La caries secundaria y su adecuado diagnóstico. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 69(6), 258-265.

Alanis, S. M., Contreras, G. P., & Carrillo, E. L. (2011). Mantenedor de espacio en pérdida prematura de órganos dentarios en dentición mixta. Reporte de un caso clínico. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 68(1), 30-34.

Hernández León, A. (2017) Restauración en dientes tratados endodónticamente con previo alargamiento quirúrgico.

Alvear Oña, D. E. (2015). *Cambio de color por exposición al café de dos tipos de resinas compuestas utilizadas en restauraciones dentales. Estudio in vitro* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).

Compres, M. (2021). *Simplificación para restauraciones indirectas en el sector posterior: revisión de la literatura* (Doctoral dissertation, Santo Domingo: Universidad Iberoamericana (UNIBE)).

Guapisaca Caicedo, A. G. (2021). *Tipos de preparaciones dentarias para restauraciones indirectas en el sector posterior* (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología).

Malagón, M. F. S. (2011). "EL CONCEPTO CONNOTATIVO DEHOMOSEXUALIDAD, HETEROSEXUALIDAD YBISEXUALIDAD EN ADOLESCENTES." 9.195.

<http://132.248.9.195/ptd2012/febrero/0677059/Index.html>

Quintana Espinosa, M. T., & Martínez Brito, I. (2010). Interferencias oclusales y su relación con las mal oclusiones funcionales en niños con dentición mixta. *Revista Médica Electrónica*, 32(2), 0–0.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1684-18242010000200002

Vilvey, L. J. (2015). Caries dental y el primer molar permanente. *Gaceta Médica Espirituana*, 17(2).

Hernando Dumaraog, B. (2017). Caries: análisis de la relación entre los estadios clínicos y radiográficos. Propuesta de una nueva clasificación. Díaz, W. A. (2006). Hacia la construcción del concepto integral de adultez. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (10).

Berger, K. S. (2009). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Ed. Médica Panamericana.

Negri, D. (2015). Natación en la adultez. In *XI Congreso Argentino y VI Latinoamericano de Educación Física y Ciencias (Ensenada, 2015)*.

Vila, R. E. (2020). *Anatomía dental*. UNAM, Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.

Garza, M. T. R. (2014). *Anatomía dental*. Editorial El Manual Moderno.

Concepción Obregón, T., Sosa Hernández, H. P., Matos Rodríguez, A., & Díaz Pacheco, C. (2013). Orden y cronología de brote en dentición permanente. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 17(3), 112-122. Sáenz Martínez, L. P., Sánchez Pérez, L., & Luengas Aguirre, I. (2017). Proceso de erupción de los primeros molares permanentes. *Revista Cub*

Gorostegui, M. E. (2008). Adultez. *Psicología general y evolutiva*, 347-367.

Rodríguez G, D. R., y Pereira S, N. A. (2008). Evolución y tendencias actuales en resinas compuestas. *Acta odontologica venezolana*, 46(3), 381–392. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000300026

Clínica, O., Hervás García, A., Angel, M., Lozano, M., Cabanes Vila, J., Escribano, A. B., Fos Galve, P., Adela, D., & García, H. (2006). *Resinas compuestas. Revisión de los materiales e indicaciones clínicas*. Iscii.es. <https://scielo.iscii.es/pdf/medicorpa/v11n2/23.pdf>

Hernández González, D., Méndez Silva, J., & Díaz Caballero, A. (2014). Efectos genotóxicos de las resinas en odontología: revisión de literatura. *Avances en odontoestomatología*, 30(1), 29–38. https://scielo.iscii.es/scielo.php?pid=S0213-12852014000100004&script=sci_arttext&lng=en

Nevárez, R. M., González, L. S., Ceballos, G. L., Orrantia, B. E., Makita, A. M., & Nevárez, R. A. (2008). Resinas Compuestas De Uso Odontológico. *Escuela De Odontología Universidad Autonoma De Chihuahua*, 45, 1-10.

Fernandes, H. K., Silva, R., Marinho, M. A. S., de Souza OLIVEIRA, P. O., Ribeiro, J. C. R., & MOYSES, M. R. (2014). Evolução da resina composta: revisão da literatura. *Revista da universidade vale do rio verde*, 12(2), 401-411.

Cuevas, C., D'Accorsob, N., Herrera, A., Olvera, G., Zamarripa, E., de Cirujano, A. D. L. L., & UAEH, I. (2011). Uso en odontología de resinas polimerizadas por apertura de anillos. *Acta Odontologica venezolana*.

Sánchez, C. C. (2011). ¿ Son las restauraciones de resinas compuestas inertes y seguras?. *Revista aDM*, 68(1).

García, R. R., & Pereira, N. A. (2008). Evolución y tendencias actuales en resinas compuestas. *Acta odontológica venezolana*, 46(3), 381-392.

García, B., & Liseth, J. (2014). *Características clínicas de las restauraciones con resina compuesta en pacientes del área de odontología del Subcentro de Salud Crucita, durante el período marzo – junio de 2014.*

Bedoya-Correa, C. M., Sarrazola-Moncada, Á. M., Palacio-Espinosa, S. M., Julio-Madrid, O. L., Osorio-Rojo, N. A., & Garzón-Henao, A. J. (2016). Evaluación de la contaminación microbiana en las resinas de fotocurado utilizada por estudiantes de odontología en sus prácticas clínicas. *Revista Estomatología*, 24(1), 24-29.

da Silva, J. M. F., da Rocha, D. M., Kimpara, E. T., & Uemura, E. S. (2008). Resinas compostas: estágio atual e perspectivas. *Odonto*, 16(32), 98-104.

Guajardo, R., Maya, R., Balderas, S., Peña, M. A. C., Imai, A. T. N., & Parra, R. O. (2014). Rugosidad superficial de tres resinas acrílicas para una base de dentadura. *Rev ADM*, 71(3), 142-6.

Zeballos López, L., & Valdivieso Pérez, Á. (2013). Materiales dentales de restauración. *Revista de actualizacion clinica investiga*, 30, 1498.

IMAGENES

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=9SwhgClb&id=AD3275001681B6C13C50EF6762601969B5BEB1F&thid=OIP.9SwhgClbNQ7kOYvr-tlesgHaEP&mediaurl=https%3a%2f%2f3.bp.blogspot.com%2f-HfOuZkHI0bl%2fkOUvXBlzMI%2fAAAAAAAAAAAU%2fZcJT6wvMQqQ%2fs1600%2fEVOLUCION.jpg2.png&cdnurl=https%3a%2f%2fth.bing.com%2fth%2fid%2fR.f52c2180295b350ee4398bebfad95eb2%3frik%3dH7q%252btWkZYG>

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=69ohBSn8&id=43CFDA3C03FE12AC4C19B76FC9F5FE293FA8CE4E&thid=OIP.69ohBSn82m-K00zM>

<https://1.bp.blogspot.com/-JUyEsV3FCII/WCOHUL7FI0I/AAAAAAAAAFr0/gNV5kdkptcEm0Gh5QsYrvipNtzjnXokuQCLcB/s1600/ninos1.png>

<https://th.bing.com/th/id/OIP.6BJ1A3KlfmdEyLcNm-E5tgHaD4?pid=ImgDet&rs=1>

<https://pequenoyfuerte.es/wp-content/uploads/2021/02/Las-tres-etapas-de-la-adolescencia1.jpg>

<https://cdn.todamateria.com/imagenes/adolescencia2-0-cke.jpg>

<https://1.bp.blogspot.com/-tJuAB-2UHeU/VI1X606IT-I/AAAAAAAAAHs/zlt51VysFUE/s1600/diferencias-hombres-y-mujeres-1.jpg>

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=G1hfNXMd&id=AF0E6499C3FDF3F765433CFB565C576963FFC101&thid=OI>

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=9SwhgClb&id=AD3275001681B6C13C50EF6762601969B5BEB1F&thid=OIP.9SwhgClbNQ7kOYvr-tlesgHaEP&mediaurl=https%3a%2f%2f3.bp.blogsp>

https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=hfqoX%2beo&id=1853BFFE1D15CDBB738D6F5D1DDDC5F051F9FB12&thid=OIP.hfqoX-eoqBV_KB6rCL6nUwHaD4&mediurl=https%3a%2f%2f1.bp.blogspot.com%2f-JUYEsV3FCII%2fWCOHUL7FI0I%2fAAAAAAAAAFr0%2fgNV5kdkptcEm0Gh5QsYr vipNtzjnXokuQCLcB%2fw1200-h630-p-k-no-nu%2fninos1.png&cdnurl=https%3a%2f%2fth.bing.com%2fth%2fid%2fR.85faa85fe7a8a8157f281eab08bea753%3frik%3dEvv5UfDF3R1dbw%26pid%3dlmgRaw%26r%3d0&exph

[Niñez Temprana - Búsqueda Imágenes \(bing.com\)](#)

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=R5n%2bYNT0&id=12C46D030593BE67B116C4C43E63DCCF75F83AFA&thid=OIP.R>

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=kNZtmimR&id=B3ED0235D83DF33D985576E14EE33C5008997F15&thid=OIP.kNZtmimR6Sk-TJop1vCE6QHaFj&mediurl=https%3a%2f%2fcdn.todamateria.com%2fimagenes%2fadolecencia2-0-cke.jpg&cdnurl=https%3a%2f%2fth.bing.com%2fth%2fid%2fR.90d6>

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=P6lCu0mx&id=115E2FF90534AF76AEB86EE137F76B1296FB0EAF&thid=OIP.P6lCu0mxpsziWu6VfemUQHaE7&me>

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=RABTFxaO&id=8DF6D3AA57DC43651C49C8C36AF5D79CC26606E6&thid=OIP.RABTFxaOoXet3ADRWvcxcwHaE6&mediurl=https%3a%2f%2f>

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=mYa72h%2b1&id=1E6567722B8D26AA041865E2AB71EC610621D2D8&thid=OIP.mYa72h-1deunv0otMDf7hgHaFj&>

https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=wzykHnhy&id=37DF8B2C58DD875730E78FEAB7EAF3C8EDB96022&thid=OIP.wzykHnhyKRAT6qllhVJKCAHaEA&mediurl=https%3a%2f%2f3.bp.blogspot.com%2f-sFapJES6N_k%2fWOH_-tXQlpl%2fAAAAAAAAAACo%2fW

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=kXANZK4Z&id=12CB9A196ED90312AEBC6C784B344DDD0B9E98C3&thid=OIP.kXANZK4Z6tT-hx7FS8MB1QHaGi&mediurl=https%3a%2f%2ft>

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=HO%2besrxh&id=51CCF09580A3F124EAB43F854163EA1A16F359AC&thid=OIP.HO-esrxhwt5rHB2TqpUILAHaE7&mediurl=https%3a%2f%2fwww.seniordomo.com%2fwp-content%2fuploads%2f2021%2f03%2flos>

https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=4RmdzZYz&id=1DF7C916CC013A5FBB1B7A488DEBE0270B47F672&thid=OIP.4RmdzZYziKXyiBYI2TIkAHaHa&mediurl=https%3A%2F%2F1.bp.blogspot.com%2F-yGQnvfaDYfl%2FX18gpNA6cDI%2FAAAAAAAQro%2FI2qkgt0lvW80QQrhwGp4w_61uT

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=4L6wmaxy&id=11699DEF6E4749872E8F9AFE7717247D8ECD361A&thid=OIP.4L6wmaxy0V6gN8078srJZgHaET&me>

https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=e%2fxqvwfQ&id=88061D2EE9FBE244B071C51B253B8188EF02749F&thid=OIP.e_xqvwfQbpbLgxFGJ9xlGHaFj&mediurl=http

[Enfermedad de la evolución del aparato masticatorio humano | PPT \(slideshare.net\)](#)

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=71oQJIUV&id=4511BC77A49C95D2FD3171D1B69FE6B4FF1E2319&thid=OIP.71oQJIUVIxRDOpUdL2HwjAAAA&mediurl=https%3A%2F%2Fth.bing.com%2Ft>

[mucosa-revestimiento.jpg \(1000x1000\) \(odontoblog.com.mx\)](#)

[Lentes de contato dentais antes e depois 06 | O Doutor Responde](#)

[Tipos de enfermedades de las encías - Clínica Larrañaga \(clinicadentallarranaga.com\)](#)

[: Paladar Duro; Hueso Palatino \(lookfordiagnosis.com\)](#)

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=B6Ma8NuG&id=901DA46E14FC5E06C05623E38D129EF53EC8F021&thid=OIP.B6Ma8NuGW6sowzHi-QbMTgHaJQ&mediurl>

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=sCR2RIMA&id=70F70B211897C40C67263BB21914749B6EE402EA&thid=OIP.sCR2RIMAqmv2t2hlyg0QyQHaEI&mediurl=ht>

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=8jAjhSoE&id=9F38B24C32AB0139DBD98B0691C460172D933048&thid=OIP.8jAjhSoE1SKENH1R3PfFaAHaED&mediurl=https%3a%2f%>

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=TJmUtgHP&id=4BFF194DAFE3BADFC3EA1C0A0CC715D45C531B3&thid=OIP.TJmUtgHPcqLN>

https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=nRpTT%2fRx&id=8ACC204581197FD6916D4F7A8F521F2FA3B2DAD2&thid=OIP.nRpTT_RxZVU7X_K-jNxs8gHaFj&mediurl=https%3a%2f%2fimage.slideserve

[Denticindeciduaotemporal 110124084248-phpapp02 | PPT \(slideshare.net\)](#)

[El diente y sus partes \(wordpress.com\)](#)

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=tYYEu9s5&id=30074E31C55D01422F9C6734FF2B22A0F13B6A10&thid=OIP.tYYEu9s5HdVwaJu7ICm7EwHaHa&mediurl=https%3a%2f%2fwww.ilerna.es%2fblog%2fwp-content%2fuploads%2f2019%2f01%2fboca-temporalpe>

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=hBacwHIF&id=9ECD17316D1D2CF93FFC523E6DC7399259124B5A&thid=OIP.hBacwHIF02a3XTxw8XteHgHaEi&mediurl=https%3a%2f%2fth.bing.com%2fth%2fid>

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=hChSdhx5&id=151B460FC1890AF712AA9BE7AF5AB9E02C2E6BE0&thid=OIP.hChSdhx5Fp7K5Xci6tpLJwH>

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=ZyBxyT28&id=786B574D2C42065109241E73A647F07434ADAF61&thid=OIP.ZyBxyT28vL-UrPIQYgZBfQHaFj&mediurl=https%3a%2f%2fth.bing.com%2fth%2fid%2fR.672071c93dbc bcbf94acf2106206417d%3frik%3dYa%252btNHTwR6ZzHg%26riu%3dhtp%25>

[modelo 3d Dientes dentición permanente - TurboSquid 1445854](#)

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=w5KB2wWh&id=75BA88B41007BD2A7B9F93AEB9BA411E7EEB1CE2&thid=OIP.w5KB2wWhsHidUWUjvNNX6gHaD2&mediurl=https%3a%2f%2fclincasalcodent.com%2fwp-content>

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=CJktsXea&id=49A22E4B0E03D04397793F1E2C2271FE0451DEFA&thid=OIP.CJktsXeaPpaBSHx07FIYBwAAAA&>

[¿Qué son las caries dentales? - Odontología por el Dr. Sferlazza - Mississauga, ON Dentista \(winningsmiletor.com\)](#)

[Etapas de la dentición en bebés: cuidados | Ferrus&Bratos \(clinicaferrusbratos.com\)](#)

[Grandio blocs – L'Information Dentaire \(information-dentaire.fr\)](#)

[Dentaduras postizas parciales removibles: Clasificación Kennedy - dentalnotebook](#)

[Odontocat: Especialidades > Patología Dentaria > Caries > Descripción](#)

<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=YSrT8f4u&id=C75093C49B3DF990A4B5AF77CA5AAC9E9F6E416F&thid=OIP.YSrT8f4usUXIn4puR2yt8gHaHa&mediurl=https%3a%2f%2fi.pinimg.com%2foriginals%2fe1%2fd1%2f56%2fe1d156872>