



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Importancia que le otorga el adolescente al cuidado bucal

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

VERÓNICA GABRIELA SEGUNDO GARDUÑO

DIRECTOR: MTRA. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA

ASESOR: C. D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

UoBo

MÉXICO, D.F.

2004



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.

IN MEMORIAM

Al Sr. Luis M. Farias
Por ser para mí
la máxima inspiración
de seguir siempre
adelante
con rectitud,
honestidad
y calidad humana.
Gracias por formar
parte
de este empuje
nunca se lo dije
pero sé que ahora lo
sabe.

Agradezco de corazón:

- ☺ A mi Mami por ser la guía que me impulsa a seguir adelante, gracias por todo tu amor, cariño y comprensión en cada una de mis locuras.T.Q.M.
- ☺ A la Sra. Ma. Emilia de Farías, por ser más que un aliciente para seguir adelante gracias por todo el apoyo e interés de todos los años sin usted todo habría sido más que imposible.
- ☺ A Tere, Teresita, Marix, George y Alex. por formar parte de mi vida, ser conejillos de indias, y por el apoyo en muchos de los aspectos de ésta formación.
- ☺ A los siguientes profesores: Alberto, Maru, Trejo, Eduardo, Silvia, Irma, Enrique Santos, Roxanna, Jaime Orea, Sarabia, por hacer que creyera nuevamente en la odontología mil gracias por las enseñanzas, los consejos, la confianza y camaradería que me brindaron.
- ☺ A todos mis compañeros, y pacientes porque sin ellos tal vez la escuela no hubiera sido tan divertida y llena de experiencias.
- ☺ A todos aquellos doctores y personas que formaron parte de esta etapa, exigentes, barcos, amigables,...confusos, de todo, por dejarme experiencias encausadas.
- ☺ A Dios y mi Ángel Guardián, por hacerme vivir en esta época, en este espacio, con esta gente y con esta actitud; mil gracias por hacerme creer en mí, en ustedes, en la gente que confió y confía en mí.

ÍNDICE

ADOLESCENCIA

Definición	1
Adolescencia Temprana	4
Adolescencia Media	7
Adolescencia Tardía	9
Teorías de la Adolescencia	11
La Adolescencia como Patrón Cultural	15

CAMBIOS FÍSICOS DEL ADOLESCENTE

Crecimiento General	18
Pusbecencia	19
Pubertad	20
Madurez Sexual	26
Final de la Adolescencia	27
Aspecto Psicológico en Relación al Cambio Físico	28
Desarrollo Estomatognático	31
Desarrollo Dental	31
Teorías del Crecimiento Facial	34
Teoría Sutural	34
Teoría de la Matriz Funcional	34
Teoría Nasocapsular	34
Teoría del Principio en "V"	35

PSICOLOGÍA DEL ADOLESCENTE

Desarrollo cognoscitivo	36
Personalidad y Adolescencia	41
Afectividad y Adolescencia	43
Salud y Enfermedad como Patrones Culturales	44

La Salud y la Adolescencia.	49
La Apariencia Física Dentro de una Cognotación Social.	54
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	60
JUSTIFICACIÓN.	61
HIPÓTESIS.	62
OBJETIVOS	
Objetivos Generales.	63
Objetivos específicos.	63
METODOLOGÍA	
Material y Métodos.	64
Tipo de Estudio.	64
Población de Estudio.	66
Muestra de Estudio.	66
Criterios de Inclusión.	66
Criterios de Exclusión.	67
Variable Independiente.	67
Variable Dependiente.	67
Variables.	67
Análisis de Información.	67
Recursos.	68
Recursos Humanos.	68
Recursos Materiales.	68
Recursos Financieros.	68
Cronograma.	69
RESULTADOS.	72
CONCLUSIONES.	178
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	182
ANEXOS.	186

INTRODUCCIÓN

La práctica de la odontología desde hace ya mucho tiempo se ha dividido en dos grupos principales: de práctica general y los especialistas, entre las cuales se encuentra la odontopediatría.

La odontopediatría se encarga básicamente de la atención del niño desde su nacimiento hasta la adolescencia; sus técnicas y acciones no son enfocadas básicamente a los tratamientos de los adolescentes, sino que involucran con mayor importancia al niño, quedando descubierto este amplio sector de la población

La odontología preventiva hace referencia en las bases teóricas de la odontopediatría y de otras ramas que conforman el aprendizaje odontológico a nivel licenciatura y postgrado, aún bajo la vertiente de manifestar en todas las acciones implícitas el trabajo de la prevención y la lucha constante contra el cambio de conducta en los hábitos de higiene principalmente, podría considerarse que se ha excluido a un grupo importante a nivel social y cultural, que pudiera adquirir el conocimiento y causa para portar una nueva forma o estilo de percepción en las acciones a nivel prevención, realizando una observación pertinente sobre el entorno en el que se desenvuelve es decir, los factores sociales y la importancia que estos le confieren a la atención bucodental. este grupo al que se refiere, es el objeto principal de este estudio.

La etapa de la adolescencia determina la conducta de la mayoría de los individuos, ya que es en esta en donde se adquiere o define gran parte de la personalidad y conducta del individuo¹, así como también es en donde físicamente el desarrollo adquiere la madurez necesaria para comenzar la confrontación de la vida adulta a través de un crecimiento constante de aprendizaje, conformación humana, social, cultural, emocional, física y psicológica.

Los cambios dados en la adolescencia pudieran considerarse como de gran ayuda en beneficio de la comprensión, adaptación, promoción e higiene de salud bucodental. Los estadios por los que adquiere sus conocimientos y su aprendizaje son factores que intervienen directamente en la adquisición de nuevas conductas o bien reforzar las ya existentes; la adquisición de una conciencia "racional" a través del conocimiento de las causas nos permite a nosotros los odontólogos actuar a manera de educador y promotor de la salud bucodental, facilitando la información pertinente en base al conocimiento y causa de las enfermedades existentes y de posible prevención.

Dentro de sus cambios físicos y emocionales, se encuentra un factor de suma importancia que determina la conducta del adolescente frente a la sociedad y los factores que la rodean; la independencia adquirida o en vías de adquisición física, cultural y psicológicamente hablando (moral, emocional, mental, conductual a través de la lógica y el razonamiento) es el punto de mayor interés y enfoque para establecer las bases de una nueva percepción dentro de los programas a nivel preventivo.

¹ Papalia E. Diane, Psicología del desarrollo, Mc Graw Hill, Colombia, 2001:596 p.

Los programas de prevención bucodental que existen están basados en la percepción del niño a través del padre², limitando su entendimiento a su nivel de conducta y entendimiento, así como también condiciona su acción casi total a la disponibilidad de los padres y sus propias limitaciones.

² Dulanto Gutiérrez Enrique, *El adolescente*, Mc Graw Hill, México, 2002:158-164 pp.

ADOLESCENCIA

La adolescencia es el periodo que se sitúa entre la infancia y la vida de la edad adulta joven, transcurre desde que comienza la pubertad hasta el inicio de la edad adulta.

DEFINICIÓN

Proviene del latín *adolescem* acusativo de *adolescens* (radical – *adolescens*), que está creciendo; participativo de *adolescere* (crecer, desarrollarse, de *ad* (hacia) + *olescer* de *alescere* (crecer); literalmente ser alimentado.³

La duración de esta etapa es de casi una década teniendo sus inicios desde los 11 ó 12 años hasta los 19 ó comienzos de los 20, aunque sus comienzos no presentan límites claros, en general se considera su inicio desde la pubertad, es decir, cuando comienza su proceso de madurez sexual o fertilidad. La madurez emocional depende de logros tales como el descubrimiento de la identidad, independencia familiar (padre y madre), desarrollo del sistema de valores y la construcción de relaciones.

La adolescencia ofrece una gran oportunidad de crecimiento no solo físico, sino también en aspectos de tipo social, cognoscitivos, autónomos, de autoestima e intimidad, aunque también puede ser participe de grandes conflictos y riesgos, por la dificultad de afrontar los cambios drásticos y simultáneos que se presentan.

³ Gómez de Silva Guido, Breve diccionario etimológico de la lengua española de la lengua, fondo de Cultura Económica, México, 1988, 736 pp.

Esta época está marcada por la divergencia de pensar, sentir y actuar entre la mayoría de los jóvenes que básicamente se dirigen hacia su realización misma, y a la edad productiva que representan.⁴

Durante esta etapa se vislumbra el adulto en el que se va a convertir, al desarrollar proporciones corporales y dedicarse más profundamente a tareas a las que se dedicará el resto de su vida⁵

En un estudio realizado por Offer et. al., en el año de 1988⁶, se mostró que en la adolescencia se presentan rasgos comunes en autoimagen, actitudes y capacidad de enfrentar las circunstancias. Los "adolescentes universales" se describieron como felices, capaces de enfrentar la vida, de tomar decisiones y de usar el autocontrol, de cuidar a otros, agradecerles, estar y aprender de ellos; disfrutar de un trabajo bien hecho, fueron confidentes acerca de su sexualidad, no albergaron resquemores contra sus padres; consideraron que sus progenitores se llevaban bien con ellos la mayor parte del tiempo; y esperan ser capaces de tomar la responsabilidad de sus propias vidas cuando crezcan.⁷

Por todos los cambios que comporta y por ser el anuncio que será en la edad adulta, esta etapa marca el renacer humano. La totalidad de la forma corporal cambia de tal modo que parece ya un adulto, aunque sus emociones y capacidades intelectuales no se encuentran al mismo nivel de madurez. Su vida esta afectada por un nuevo ritmo que perdurará en las siguientes décadas, son poco a poco absorbidos por las preocupaciones adultas.

⁴ Papalia e. Diane, Wendkos Olds Sally, Psicología 1ra ed. México, 1988: 470 p.

⁵ *Ibidem*, p. 470

⁶ Papalia E. Diane, Desarrollo psicosocial de la adolescencia. En Papalia E. Diane, et. al. Psicología del desarrollo, 8va ed. Colombia, 2001:675-722

⁷ *Ibidem*, p 675-722

La adolescencia es entonces el resultado de la experiencia de la vida infantil dentro de la familia, la escuela y la comunidad donde se desarrolla, marcada intensamente por aspectos culturales y socioeconómicos, los cuales dictan las pautas de vida en cada comunidad para cada generación de adolescentes, por lo tanto, los adultos y padres deben proporcionarles al adolescente un espacio libre y amplio, respaldado en la confianza, para que esta etapa se convierta en una experiencia existencial válida, probada y encausada hacia el inicio de una madurez psicosocial responsable y autogestiva.

La adolescencia en un estadio normal se considera como un periodo donde el individuo adquiere una conciencia mayor de sí mismo, en donde interactúa con sus yo en toda su aplicación posible (superyo) que pretende una autoestabilización que determinará su condición en la vida adulta, aprende un comportamiento social que se ajusta ante en y su medio ambiente dentro de la cual busca un estatus individual en la que se conforman sus valores y acciones junto con la de sus compañeros o iguales, la sociedad adulta lo condiciona dentro del aprendizaje de conductas y acciones que reflejarán su comportamiento y que si bien carecen de un desinterés momentáneo para ellos, las experiencias adquiridas serán interpretadas bajo su propio conocimiento y aplicables para su desempeño social.

El desarrollo físico es solo una muestra de patrones de asignación común, los cuales tendrán una repercusión propia según el ambiente en el que se consagre.

El proceso de la adolescencia puede clasificarse en tres etapas que están condicionadas bajo una influencia social, marcada, aún así pueden y se presentan en todos los individuos que participan en ella, pero sus rangos divergen entre estas.

ADOLESCENCIA TEMPRANA.

Abarca de los 12 a los 14 años de edad y generalmente corresponde al periodo que corresponde a la educación secundaria, gira en torno a los cambios rápidos que surgen en la constitución física y que delinea su nueva silueta corporal.

La calidad y expresión que estos cambios le producen figuran entre la inquietud y la duda entre parámetros de normalidad y anormalidad, por lo que es comprensible una actitud de comparación entre sus compañeros con relación a su cuerpo, y generalmente presentan periodos de contemplación y redescubrimiento de su aspecto físico principalmente, existe también un surgimiento firme y creciente acerca de la anatomía sexual y todo lo referente a ella.

La separación emocional de los padres se inicia de manera casual e imprecisa, el deseo de independencia o del inicio de conductas de oposición y rebeldía en contra de lo que consideran una autoridad aparecen de manera súbdita y generalmente dada a través de la crítica, comentario o bien entredicho hacia actitudes y comportamiento por parte de los adultos.

La rapidez o lentitud con la que se presenta tal separación depende del comportamiento de los padres por tal razón, se presenta una bipolaridad en su conducta que va desde sus deseos impulsivos de acción activa o pasiva a una experimentación de inseguridad, melancolía y soledad, lo que le causa un descontrol emocional que no comprende para sí, pero que forma parte de la estabilidad conductual que llegará a adquirir, no obstante, tales comportamientos deben de ser sigilosamente observados para que no entren dentro de estados anormales de conducta.

Socialmente, dentro de su grupo de amigos descubre un apoyo que lo inicia ante la aparición del nuevo ser dentro del contexto social, bajo este grupo que lo apoya y "entiende" se configura una familia alterna que tiene gran injerencia en él, y que en determinado momento esta ocupa un lugar privilegiado dentro de su ambiente físico, social y afectivo. La intimidad que logra con los pares (amigos confidentes), se establece a través de la presencia de un vínculo que tiene una fuerte interacción emocional y conductual con la que se identifica, y por la que es capaz de enfrentarse a los que no la aceptan de manera retadora y tajante debido a la idealización que esta le confiere a su propia causa y comportamiento.

Dentro de este resguardo a sus pares, puede iniciarse una fase de exteriorización de ternura y emoción hacia ellos, por lo que puede llegar a confundirse o hacer reflexión acerca de una probable homosexualidad, sin embargo, esto solo resulta por la afinidad extrema que se tiene con su par y que tal comportamiento solo es consecuencia de dicha exteriorización.

En esta etapa, se manifiesta un interés por aprender "a pensar" o reflexionar, sobre todo en aquellos que cuentan con un apoyo y una orientación adecuada por parte de personas adultas, se muestra un gran interés por sí mismos y una preocupación y voluntad acerca del razonamiento acerca de sus problemas personales, familiares, escolares y relativos a sus amigos cercanos.

Durante la educación secundaria, aumenta la capacidad de estudio y rendimiento escolar, por la manifestación de operaciones mentales de tipo formal, aunque también aumenta el grado de fantasía lo que generalmente propicia a que se sientan como centro de atención en su familia o dentro de su convivencia social.

A través de tales fantasías, se descubre a sí mismo en pos de un aprendizaje con base en una invención y reinención de conductas y comportamientos, y el aprendizaje de una autocomunicación basada en la congregación de experiencias, recuerdos y descubrimientos recientes.⁸

Pretende erigirse bajo una autoridad propia, por lo que es frecuente su reto a la autoridad auténtica con el afán de definirse a sí mismo, comienza a crear espacios de intimidad y privacidad que son de gran importancia para él y que el ser quebrantados le genera actitudes agresivas y de defensa.

Dentro de esta etapa algunos inician el desarrollo de sus propios valores sobre la base de la experimentación para conocer las opiniones de la sociedad acerca de ellos mismo, se caracterizan por ser muy impulsivos y en demostración de su independencia llegan a iniciarse en conductas de riesgo y presentan una exageración en cuanto a la manifestación de su situación personal, y pueden ir de un extremo a otro en relación de su autoconcepto y aprecio de sí mismos.

⁸ Papalia E. Diane. Desarrollo pcosocial de la adofescencia. En Wendkos Olds, et. al. Psicología del desarrollo, 8va ed., Colombia, 2001, :675-722

ADOLESCENCIA MEDIA

Se extiende desde los 15 hasta los 17 años de edad, equivale al periodo de bachillerato en cualesquiera de sus modalidades o a la educación media superior, dentro de este periodo, la mayoría de los adolescentes ha logrado la transformación completa de su nueva silueta corporal, su preocupación por el físico no disminuye ya que tiene presente los conceptos de atracción y moda los cuales rigen el ambiente en el que se desenvuelve, están conscientes de que la apariencia física es la mejor tarjeta de presentación y sobre esta realizan lo indecible para lograr su permanencia en ciertos grupos diversos.

El deseo de compartir los sentimientos con los adultos se acentúa e incrementan, el grupo de pares es de presencia básica para considerarse con valía y aceptación, lo que tiene reflexión en el ámbito familiar, por lo que no es extraño que en determinado momento genere conflictos de relación directa dentro de este último grupo, así, su obstinación por pertenecer a cierto grupo en el afán de ser reconocido se hace perenne; suelen aceptar los valores y las prácticas de sus amigos sin cuestionarlos con el ansia de lograr una seguridad que supla la pérdida parcial o total de su desvinculación familiar.

La capacidad de razonamiento y abstracción se incrementa notablemente, por lo que aumenta su capacidad y crecimiento de respuesta especialmente en el ámbito escolar, el aumento de la facultad intelectual y la creatividad es más considerable en los jóvenes de medios escolares que fomentan el hábito de estudio y la creatividad, por lo que las pretensiones vocacionales son más realistas que idealistas.

El desarrollo de la identidad se acrecienta por la capacidad de apertura, creación, apreciación y valoración de nuevos sentimientos, emocionalmente es capaz de entender también los sentimientos de sus condiscípulos, frecuentemente reconocen sus limitaciones y su falta de capacidad personal en función a la personalidad y carácter lo que puede producir reacciones de frustración y pérdida de autoestima, en función a esto dichas reacciones tiene relación directa con el autoconcepto y las perspectivas familiares y personales que se tiene para sí.

Entre los 15 y 17 años pueden experimentar un sentimiento de omnipotencia que los induce a adoptar conductas de mayor riesgo en función de estilo de vida, núcleo social y su relación directa de valores adquiridos.

ADOLESCENCIA TARDÍA

También llamada fase de resolución de la adolescencia, comprende entre los 18 a 21 años de edad y generalmente corresponde a la educación universitaria. Su preocupación por el cuerpo y apariencia desaparecen como prioridad de aceptación y presencia, y solo se hace persistente en función de anormalidad o defecto corporal.

La autonomía o independencia personal está en vías de logro, la conducta conciliatoria con padres y adultos en general con relación a la aceptación basada a través de consejos y sugerencias se asimila y se hace propia; la identidad crece sobre un sentido personal, aunque en aquellos jóvenes que presenten problemas de aceptación personal o familiar se identifica una resistencia en la aceptación de responsabilidades y en el crecimiento de esta etapa.

El área cognitiva en cuanto al desarrollo del pensamiento abstracto es cada vez más grande, y permite establecer diversos compromisos más complejos y de mayor responsabilidad, afirman y definen su vocación y la entienden ya como su proyecto de vida.

La presencia de esta etapa, conlleva a la aparición de una moral posconvencional, por lo que los valores forman parte de una reflexión y expresión de sí mismos influidos en parte por el grupo social al que pertenecen, defienden por convicción y se sienten seguros y firmes en la vivencia de dichos valores (morales, culturales y éticos); poseen una conciencia realista y muy racional, aprenden con mayor firmeza a tomar decisiones, establecen perspectivas hacia el futuro, por lo que confían más en sus planes y en la delineación de su proyecto de vida el cual se vislumbra con mayor firmeza.

Las relaciones con los pares son vitales, pero de mayor número y con una mayor selectividad hacia la permanencia en estos en función de su intimidad y enriquecimiento; establecen nuevos lazos de amistad con grupos de adultos y formalizan compromisos afectivos con la aptitud de reconocer, respetar y valorar a sus compañeros y pareja.

El adolescente en esta etapa percibe a la autoridad como un factor que le permitirá desarrollarse con libertad y posibilidad de realización en virtud de su seguridad, por lo que es capaz de autoimponerse e imponer limitaciones en sus relaciones afectivas y sociales, así como dentro de su estilo de vida; el tiempo que establece para sus compromisos es por el dado bajo la percepción de un mayor rendimiento en función a sus necesidades.

TEORÍAS DE LA ADOLESCENCIA

La presencia multifactorial que determinan el proceso de la adolescencia permite estudiarla a través de diversas teorías que permiten su comprensión según sea la base de su estudio, así Horrocks⁹ inicia el concepto de teorías en las cuales determina a la adolescencia en tres enfoques teóricos.

1º. Las teorías de la adolescencia como catálogo de los problemas que enfrentan como individuos a medida que pasan a la segunda década de vida.

2º. Las teorías que se centran en la conducta del individuo y que consideran que el ambiente donde este se desarrolla es el necesario para este proceso, dichas teorías se orientan hacia lo que sucede en el interior de la persona y aceptan la influencia del ambiente como un algo incidental.

3º. Las teorías como un enfoque puramente descriptivo y de realidad no teórica, su método es análogo al del naturalista que observa y registra lo observado sin elaborar una teoría sistemática.

Dentro de las teorías de análisis de determinación factorial se encuentra:

- Teoría fisiológica
- Teoría psicoanalítica
- Teoría cognitiva
- Teoría del aprendizaje social

⁹ Dulanto Gutiérrez Enrique Dr.; *El adolescente*; Asociación Mexicana de odontopediatría; Mc Graw Hill; México; 2000: 151-155 p.

TEORIA FISIOLÓGICA

Esta determina que los factores biológicos inducen la aparición de la etapa adolescente, debido a la maduración biológica, se hacen presentes cambios de gran significación para la vida personal y social de los individuos que los presentan; estos cambios no solo alteran y modifican gradualmente la figura hasta llevarla casi a la complexión adulta joven, sino que también observa la maduración de los órganos sexuales incluyendo la aparición de los caracteres sexuales secundarios, lo que influye de manera directa sobre el sector psicológico del ahora adolescente.

Todos los cambios relacionados con el crecimiento físico, son factores que presentan una relación directa con los elementos sociales y emocionales que inducen de manera definitiva la transición a esta etapa.

La adolescencia es entonces consecuencia de una maduración oportuna y adecuada de los elementos biológicos, psíquicos, sociales y espirituales desarrollados a partir de la infancia y con los cuales se da inicio a la pubertad.

TEORÍA PSICOANALÍTICA

Esta teoría supone, que la maduración biológica en el puberto revive y aumenta las múltiples y súbitas descargas de impulsos sexuales y eróticos, que a su vez son agresivos, estos impulsos, al igual que los pensamientos y sensaciones varias son difíciles de aceptar y controlar, lo que remite en el púber la inducción en una etapa de inestabilidad caracterizada por periodos de agresión, poca sociabilidad y abrumadores sentimientos de culpa.

Frente a este estrés emocional y social, el adolescente responde con mecanismos de defensa inmaduros, en los que predomina la agresión, la negación y la obstinación; de acuerdo con esta teoría, la única manera positiva de salir y superar este estado es cuando el joven aprende a utilizar el razonamiento abstracto.

TEORÍA COGNITIVA.

Propone básicamente que la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios cualitativos que se dan en la manera de pensar del joven. Se propone a Piaget como autor de esta teoría, ya que es él quien hace referencia a la presencia de estos cambios en áreas tales como el valor, la personalidad, la interacción social y la vocación, dichos cambios ocurren, según su concepto, al ir dejando de manera paulatina una visión global indiferenciada, egocéntrica, incultura y gobernada por aquellos que ejercen alguna autoridad dentro del sector en el que han crecido, y bajo la acción de crear nuevos conceptos de originalidad, de acción individual, cada vez de mayor complejidad y diferenciación, así como bajo un concepto abstracto.

El individuo que forma parte de esta etapa, presenta cambios dentro de los conceptos que tiene como establecidos, así como también dentro de las normas y manera de enfocar diversos problemas personales cotidianos que va descubriendo, y a los cuales se enfrenta.

TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Procede del conductismo y propone que toda conducta es el resultado de un aprendizaje social; el ser y hacer de un adolescente se relaciona con la conducta social de su familia, la escuela y el barrio en donde transcurrió su infancia, y donde desarrolla su adolescencia. La conducta final se vincula con las conductas sociales que van reafirmandose, los cuales son elegidos y tiene gran predominio en cada contexto que enmarca.

El concepto de autosuficiencia propone que los jóvenes solo actúan con un verdadero esmero y voluntad para alcanzar una meta y una recompensa en la medida del conocimiento, la habilidad y la seguridad de que puede alcanzarlas.

Erickson y col.¹⁰ consideran que la esencia del proceso adolescente es la consolidación de la identidad, el desarrollo de la adolescencia está dirigido y dominado por la urgente necesidad de conferirle un nuevo sentido al Yo, es decir el propio adolescente tal como es.

El lugar donde ocurren tales actitudes es el propio ambiente de desarrollo social, a medida que desarrolla su ego, el joven adolescente se enfrenta a una crisis psicosocial ocasionada por las diferentes circunstancias que tiene lugar dentro de las etapas de crecimiento.

¹⁰ *Ibidem* 154 p.

LA ADOLESCENCIA COMO PATRÓN CULTURAL

La adolescencia como se conoce es una invención cultural y producto de la industrialización, surge a partir de la necesidad de prolongar la educación y el adiestramiento para los papeles de adultos en el enfrentamiento con expansión de la tecnología y la mejora en condición de empleo.

El concepto de la adolescencia es producto de la reflexión humana acerca de la humanidad, un concepto inventado para organizar el conocimiento de un sector de presencia humana que suele operar como modelo de conducta, a este respecto en 1987 Glassner y Laughlin determinan¹¹:

Los mayores en la cultura de Occidente, esperan que los jóvenes sean irresponsables, vivan en función de la diversión y el entretenimiento, y tengan valores de tipo expresivo (popularidad, atracción, etc.) mas que valores de tipo instrumental.

Según Esman (1990)¹², la fenomenología de la adolescencia en cuanto a duración, características de comportamiento, lugar en familia y organización social, está determinada en gran medida por la cultura del ambiente en la que se desarrolla; si bien es cierto que el patrón biológico es el factor primordial que determina el inicio de la adolescencia, también es cierto que el modo y la expresión en que los miembros de la cultura responden a estos cambios señalan los periodos de iniciación, es decir que los procesos biológicos básicos de maduración son similares en todas las sociedades humanas, pero su definición cultural varía de una sociedad a otra.

¹¹ Ibídem 158-164 pp.

¹² Ibídem 656-674 pp.

Las características sociales y culturales para la formación de relaciones mutuas y de actividades comunes, así como la asignación de papeles sociales y límites de conductas están asignadas a la edad y sexo de los individuos. (Eisendadt, 1985).

Así, el inicio de la adolescencia sexual se relaciona con un gran cambio en el estatus social del individuo, a su vez, esta adolescencia social adquirida sirve como fundamento para institucionalizar la transición de la niñez a la edad adulta (Esman, 1990).¹³

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, la adolescencia se definió como una fase específica de la evolución de la vida humana, bajo la concepción de Hurrelman y Engel¹⁴

La imagen de la adolescencia que se prescribe en la literatura psicoanalítica asimila una lucha de experimentalismo por la consecución de una autonomía personal, una formación individual y una aspección sexual basada en relaciones románticas abstractas. La definición occidental acerca de la adolescencia no puede abarcar todo el margen latinoamericano, sin embargo tiene mayor influencia en las poblaciones más urbanizadas ante todo por la fuerza de persuasión de los medios masivos de comunicación, esta definición occidental está marcada por una larga duración, y la presencia de indeterminación, cargada de carácter conflictivo y una disonancia entre la madurez sexual y social.

¹³ Ibidem 6656-672 p

¹⁴ Manual de prácticas clínicas para la atención integral de la salud de la adolescencia, Ministerio de la Salud Pública, La Habana Cuba; 1999: Cap. III

La cultura adolescente es una cultura manipulada ampliamente por los adultos, sus comportamientos y actitudes están influenciados a raíz de la interacción de personas de consideración para ellos, como son los sectores familiares, pares, escuela y medios de comunicación, las cuales a su vez mantienen su influencia por parte de los la sociedad adulta, por lo que la comprensión de la adolescencia deberá partir del pensamiento adulto, más que del adolescente como individuo o sociedad tangible.¹⁵

La cultura de los adolescentes o del grupo en el que se desarrolla no siempre es el elemento más importante para determinar las acciones finales del adolescente o del familiar adulto con relación a la problemática de la salud; dentro de estas acciones de factores no culturales se encuentran: recursos económicos, tiempo atmosférico, época del año, atmósfera psicológica (adolescente, sector familiar y profesional de la salud), y condición física del paciente, por lo que es necesario reconsiderar a la adolescencia desde un punto de vista multifactorial, multidisciplinario y multidimensional como parte de su salud personal, más que la contemplación de su biografía nosológica.¹⁶

¹⁵ Salazar Rojas Diego Dr., *Adolescencia, cultura y salud*. En Dulanto Gutierrez Enrique, *El adolescente*, MC Graw Hill, México, 2002: 649-655 p.

¹⁶ *Ibidem* 649-655 p.

CAMBIOS FÍSICOS DEL ADOLESCENTES

CRECIMIENTO GENERAL

En la adolescencia se hacen presentes cambios que distinguen o vislumbran el adulto en el que se convertirá al desarrollar nuevas proporciones corporales, este proceso se inicia a través de cuatro estadios de importancia

Las características sexuales primarias, se determinan bajo los órganos necesarios para la reproducción; en las mujeres los órganos sexuales son los ovarios, el útero y la vagina, en los hombres, los testículos, la próstata, el pene y la vesícula seminal. Durante la pubertad, estos órganos crecen y maduran.

Características sexuales primarias

Mujeres	Hombres
Ovarios	Testículos
Trompas de Falopio	Pene
Útero	Escroto
Vagina	Vesícula seminal
	Próstata

PUBESCENCIA.

En esta etapa maduran las funciones reproductivas y en los órganos sexuales aparecen los caracteres sexuales secundarios, senos, vello corporal y facial, y cambios en la voz, su duración es de aproximadamente dos años.

Las características secundarias son señales fisiológicas de la maduración sexual que no involucran directamente los órganos sexuales¹⁷.

Características sexuales secundarias

Mujeres	Hombres
Senos	Vello púbico
Vello púbico	Vello axilar
Vello axilar	Vello facial
Aumento del ancho y profundidad de la pelvis	Cambio de voz
Desarrollo muscular	Vello corporal
Cambio de piel	Desarrollo muscular
Cambio de voz	Cambio de piel
	Ensanchamiento de los hombros

¹⁷ Papalia E. Diane. Desarrollo psicosocial de la adolescencia. En Wenkos Olds Sally, Duskin Feldman Ruth, Papalia E. Diane. Psicología del desarrollo. 8va ed. Colombia, 2001:675-722

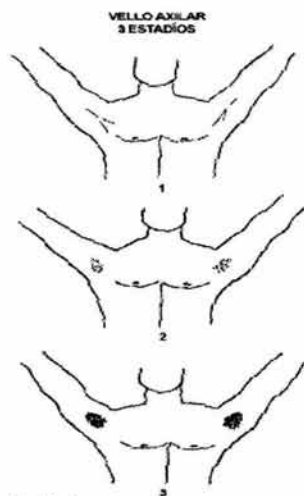


Fig. No. 4

18

PUBERTAD.

Los cambios biológicos que se hacen presentes dan como resultado un rápido crecimiento de estatura y peso, en las proporciones y forma corporal, y la llegada a la madurez sexual. El individuo es sexualmente maduro y capaz de reproducirse, la edad media en la que se presenta esta etapa es de 12 años en las mujeres y 14 en los varones, aunque existe un margen muy amplio de edad que se considera como normal.

¹⁸ Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia; MINSAP, La Habana Cuba, 1999, Cap. IV

La pubertad comienza con un acelerado incremento en la producción de hormonas sexuales, entre los 5 a 9 años (antes de la aparición de los cambios físicos establecidos), las glándulas suprarrenales comienzan a secretar grandes cantidades de andrógenos que inciden en el crecimiento del vello púbico, axilar y facial; años después los ovarios inician la producción de estrógeno que estimula el crecimiento de los órganos genitales y el desarrollo de los senos en las niñas, en los niños los testículos incrementan la producción de andrógenos, particularmente testosterona, hormona que se encarga de estimular el crecimiento de sus genitales, la masa muscular y el vello corporal.

Las hormonas andrógenas tales como la testosterona y los estrógenos, están presentes en ambos sexos, aunque el nivel de estos varía según el sexo; en los varones existe una presencia mayor de testosterona, y en las niñas de estrógenos; existe la presencia de ambas hormonas en los dos géneros sexuales, así, la testosterona presente en el sexo femenino influye en el crecimiento de huesos, vello púbico y axilar, y en el crecimiento del clítoris.

Algunas investigaciones atribuyen el aumento en el comportamiento emotivo y el estado anímico de la adolescencia a los cambios hormonales (buscar niveles de hormonas normales y anormales), aunque existen factores que tienen influencia en tales comportamientos como lo son: el sexo, la edad, el temperamento, el ambiente y la etapa de inicio de la pubertad (Brook-Gunn & Reiter 1990; Buchanan et. al. 1992).¹⁹

¹⁹ Papalia E. Diane. Desarrollo psicosocial de la adolescencia. En Wenkos Olds Sally, Duskin Feldman Ruth, Papalia E. Diane. Psicología del desarrollo. 8va ed. Colombia, 2001:675-722

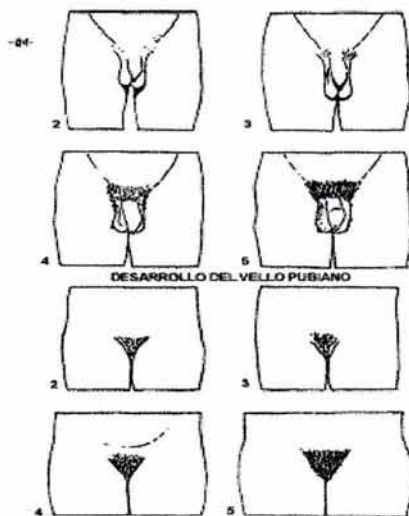


Fig. No. 3

20

Los cambios físicos en varones y mujeres durante la pubertad incluyen el incremento repentino del adolescente, el desarrollo de vello, una voz más profunda y un crecimiento muscular que alcanza su máximo a la edad de 12 ½ años en las niñas y 14 ½ en los niños; la maduración de los órganos reproductores llega con el comienzo de la menstruación en las niñas (menarca) y la producción de esperma en los muchachos (espermarquía).

Estos cambios se presentan en una secuencia consistente en el tiempo de su aparición aunque pueden variar según los factores con los que se le relaciona (ambiente, raza, nutrición etc.).

²⁰ Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia; MINSAP, La Habana Cuba, 1999, Cap. IV

Las primeras señales de pubertad en las niñas se presentan por el aumento de senos y el crecimiento de vello púbico, los pezones crecen y se pronuncian, la areola (área pigmentada alrededor de los pezones) crece, y los senos adquieren primero una forma cónica, que posteriormente va redondeándose por la acumulación de grasa.

La voz se vuelve más profunda, en parte como respuesta al crecimiento de la laringe, y en otra, como respuesta a la producción de hormonas masculinas (principalmente en hombres) la piel se vuelve más áspera y aceitosa, y existe un aumento en la actividad de las glándulas sebáceas que son factores para la aparición de "puntos negros y acné".

CAMBIOS FISIOLÓGICOS FEMENINOS PRESENTES EN LA ADOLESCENCIA

EDAD	CARACTERÍSTICAS
8 – 13	Crecimiento de los senos
8 – 14	Crecimiento del vello púbico
9.5 – 14.5	Crecimiento del cuerpo
10 – 16.5	Menarquía
Cerca de 2 años después de la aparición de vello púbico	Vello axilar
Casi al mismo tiempo de la aparición del vello axilar	Aumento en la secreción de las glándulas sudoríparas y sebáceas



Fig. No. 3

Durante el proceso de la adolescencia, se presenta un crecimiento repentino del adolescente, en el que aumenta rápidamente de estatura y peso, este proceso suele durar alrededor de dos años y terminado este, da inicio a la etapa de madurez sexual.

VELLO FACIAL:
3 ESTADIOS

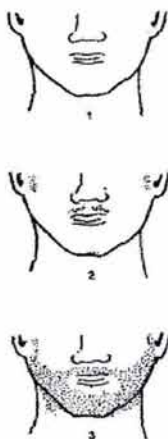


Fig. No. 5

²¹ Manual de prácticas clínicas para la atención Integral a la Salud de la adolescencia, MINSAP, La Habana Cuba, 1999: Cap. IV

²² *Ibidem.* Cap. IV

**CAMBIOS FISIOLÓGICOS MASCULINOS PRESENTES EN LA
ADOLESCENCIA**

EDAD	CARACTERÍSTICAS
10 – 13.5	Crecimiento de los testículos y saco escrotal
12 – 16	Crecimiento del vello púbico
10.5 – 16	Crecimiento del cuerpo
11 – 14.5	Crecimiento del pene, próstata y vesícula seminal
Casi al mismo tiempo que el crecimiento del pene	Cambio de voz
Casi un año después del crecimiento del pene	Primera eyaculación de semen
Casi dos años después de la aparición de vello púbico	Vello facial y axilar
Casi al mismo tiempo de la aparición del vello axilar	Aumento en la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas (factor en la aparición de acné).

El crecimiento repentino se da de diferentes formas y en diferente tiempo, según el sexo; en las niñas, suele presentarse entre los 9 ½ y los 14 ½ años, dentro de este lapso, las niñas son más altas, pesadas y fuertes que los muchachos, su pelvis se ensancha (facilitando posteriormente la acción del parto), y las capas de grasas se acumulan en zonas específicas, asignándoles la complexión femenina; entre los chicos, se presenta entre los 10 ½ y 16 años, dentro del cual, sus hombros se vuelven más anchos, sus piernas son relativamente más largas que el tronco, y sus brazos, más largos en relación con los antebrazos y la estatura.

Dentro de los cambios generales, afecta prácticamente todas las dimensiones esqueléticas y musculares, los ojos tienen un aumento, la maxila inferior se vuelve más grande y se torna más gruesa, y la nariz tiende proyectarse, debido a la presencia de estos cambios drásticos, la estructura corporal del adolescente tiende a parecer desproporcionada, mencionándose durante esta etapa la forma corporal como "desgarbada".

MADUREZ SEXUAL

El principal signo de la madurez sexual es la producción de esperma en los varones, su inicio es altamente variable, pero generalmente se ha mostrado ya al llegar a la edad de los 15 años, en donde generalmente se encuentra presente en orina, la espermarquía (primera eyaculación de semen), tiene lugar generalmente en la noche, y es conocido como "sueño húmedo o como emisión nocturna", y su presencia tiene a mostrar mayor reacción positiva que negativa.

En las niñas, la madurez sexual esta indicada por la presencia o inicio de su ciclo menstrual, (menarquía), se presenta generalmente dos años después del crecimiento de sus senos y poco después de que su crecimiento repentino comienza a detenerse,²³ en esta época normal de aparición va desde los 10, hasta los 16 ½ años.

²³Papalia E. Diane. Desarrollo psicosocial de la adolescencia. En Wenkos Olds Sally, Duskin Feldman Ruth, Papalia E. Diane. Psicología del desarrollo. 8va ed. Colombia, 2001:608

El retraso para la aparición de esta se sustenta en actividades físicas tales como la presencia de ejercicio extenuante, la nutrición, condiciones genéticas, ambientales y emocionales (Graber et. al.,1995)²⁴, que pueden tener una correlación directa con la actividad hormonal.

Su aparición representa un cambio drástico de la conversión de niña a mujer, por lo que su percepción psicológica depende de la calidad y cantidad de información que te tenga, para evocar una situación de transición normal, y no como concepción de una enfermedad adquirida.

FINAL DE LA ADOLESCENCIA.

Esta etapa está definida por la presencia de factores psicológicos y sociales, incluyendo para algunos países factores de tipo legal, su parámetro de edad cronológica no se encuentra esclarecido, ya que pueden existir personas con edad perteneciente a un adulto mayor, y que presenta rasgos de conducta en la adolescencia.

²⁴ Ibidem p.608

ASPECTO PSICOLÓGICO EN RELACIÓN AL CAMBIO FÍSICO.

Los adolescentes son muy conscientes de su aspecto físico, en 1982 Siegel refiere que la mayoría de los jóvenes están más preocupados por su aspecto, que por cualquier otra condición, y que generalmente a muchos no les gusta lo que ven en el espejo, este aspecto actualmente está enmarcado por los prototipos sociales (moda); ante esto se dice que los adolescentes de ambos sexos se preocupan por su peso, complexión y rasgos faciales.²⁵

Richards, et. al. en 1990²⁶, Determinaron que las niñas tienden a sentirse más infelices por su aspecto que los chicos, reflejando el mayor énfasis cultural sobre los atributos físicos de la mujer.

El valor que los adolescentes le conceden a una buena apariencia, tiene relación directa con su entorno presente y futuro; en un estudio realizado por Bohinstedt en 1993²⁷, encontró que los adolescentes que consideraron tener una buena apariencia, tienden a ser adultos de mayor confianza en si mismos, y son más felices.

²⁵ Papalia E. Diane. Desarrollo psicosocial de la adolescencia. En Wenkos Olds Sally, Duskin Feldman Ruth, Papalia E. Diane. Psicología del desarrollo. 8va ed. Colombia, 2001:608

²⁶ *Ibidem* p. 680

²⁷ *Ibidem* p. 680

Una de las más grandes paradojas de la adolescencia, es el conflicto entre una persona joven que purga por encontrar su identidad y el abrasador deseo de ser exactamente como sus amigas o amigos²⁸. Ante esta situación se ubica la aceptación de los procesos de madurez sexual en la que interviene su contexto social y la asimilación individual que está definida según el sexo.

En varios estudios de investigación para tal caso se diferenció que los hombres que presenta su grado de madurez sexual a edades tempranas son más seguros, relajados, dispuestos y populares que sus compañeros quienes la presentan de forma tardía, contrariamente sucede con las chicas, ya que aquellas que la presentan a temprana edad tienden a ser menos sociables, expresivas y equilibradas, siendo por el contrario introvertidas, tímidas y con sentimientos negativos hacia su condición la cual mantienen hasta aproximadamente los 25 años de edad, a diferencia de los varones los cuales adquieren una ventaja superior al presentarse los cambios que le confieren una nueva situación social. A pesar de los resultados que muestran estos estudios, Brooks – Gunn en 1988²⁹ encontró que el nivel de madurez sexual en sí mismo no afecta la autoestima, la cual depende del contexto general que rodea el ambiente social y que le confiere la transición de éxito o fracaso que determina su grado de aceptación.

Los efectos de la maduración temprana o tardía tienen más posibilidad de ser negativos cuando los adolescentes están mucho más o mucho menos desarrollados que sus compañeros; cuando no ven los cambios como ventajosos y se presentan varios sucesos estresantes en la misma época.

²⁸ Papalia E. Diane. Desarrollo psicosocial de la adolescencia. En Wenkos Olds Sally, Duskin Feldman Ruth, Papalia E. Diane. Psicología del desarrollo. 8va ed. Colombia, 2001:608

²⁹ *Ibidem* p. 154

La maduración temprana, está asociada con una tendencia hacia un comportamiento arriesgado, posiblemente a la presión e influencia social que ejerce.

Las características sexuales no son las únicas que se presentan en la adolescencia, también se dan cambios a nivel cardiovascular, pulmonar, hemodinámicos entre otros.

DESARROLLO ESTOMATOGNÁTICO ³⁰

El crecimiento es todo cambio de forma o tamaño de una célula, tejido u organismo durante un periodo mensurable, en el que se incluyen aumento o reducción en las estructuras en las que participa.

El esqueleto facial crece con mayor rapidez después del nacimiento que el cráneo, dicho crecimiento se produce durante un periodo de vida más largo. El crecimiento de la cara se produce en tres planos de espacio: ancho, profundidad y altura; el mayor potencial de la cara corresponde al ancho, le sigue la profundidad y el último es la altura.

La orientación que se da para la medición del crecimiento de los huesos de la cara es la zona que corresponde a la parte anterior de la bóveda craneana, limitada por delante por el hueso frontal, y la crista galli, por debajo, por el techo de la órbita, y por detrás, por la apófisis clinoide anterior de la silla turca.

MAXILAR SUPERIOR.

La tendencia general del maxilar superior es hacia abajo y ligeramente hacia atrás así, la silla turca, la fosa craneana media y los huesos frontales se mueven en direcciones opuestas: hacia arriba y adelante para la sutura frontonasal y hacia arriba y atrás con la dentición erupcionando hacia abajo y ligeramente hacia atrás. La orientación precisa para medir el crecimiento de los huesos maxilares superiores es a través de la superposición de planos en la región de la apófisis cigomática, el conducto lacrimal y la órbita.

³⁰ Mc Donald Ralph E., et. al. Odontología pediátrica y del adolescente, Ed. Mosby, España, 1995:625-647 pp.

MAXILAR INFERIOR³¹

El maxilar inferior o mandíbula respecto de la base del cráneo, tiende a desarrollar su crecimiento hacia abajo y hacia atrás mientras que la dentición erupciona hacia arriba y en menor grado hacia delante; su orientación es analizada a través de la superposición de planos sobre la placa interna de la sínfisis de las trabéculas interiores y porciones del sector anterior del borde inferior de la mandíbula.

El patrón del crecimiento mandibular normal, corresponde a la reabsorción anterior en la rama ascendente y un depósito sobre la parte posterior, lo que permite conservar la forma relativa de rama ascendente mientras eficazmente se mueve hacia atrás en el espacio. La región de la sínfisis en los varones, presenta ligeras modificaciones aposicionales por pequeños incrementos depositados a lo largo de los años, especialmente durante el periodo de crecimiento prepuberal.

El mentón varonil presenta un doble crecimiento en comparación al de la mujer (Rosenstein), debido a la reabsorción ósea que se presenta en esta región. Con la habitual conformación de los dientes anteriores inferiores presente con los años en desarrollo, se produce un incremento en la concavidad del reborde alveolar en la región anterior de la mandíbula y la subsiguiente protrusión aparente del mentón; está también causada como consecuencia del aplanamiento del plano oclusal con la edad.

La mandíbula presenta así mismo ciertas aposiciones óseas en la región de la escotadura antigonia, así como también por debajo de los dientes en erupción.

³¹ Ibidem 625-647 pp

Los cóndilos son zonas de activa proliferación celular, que da como resultado un continuo crecimiento.

La teoría de Moss³² que hace referencia a una matriz funcional, como mecanismo de crecimiento, obedece a la idea de que la cara crece en razón de sus funciones inherentes; lo que indica que el crecimiento debe de ser directamente proporcional al grado de función. Ej. Una musculatura fuerte y depósito óseo abundante en el cuerpo y rama ascendente de la mandíbula indica la presencia de una masticación basada en dieta fibrosa y constante.

El tamaño y la forma ósea, así como la ubicación de esta en el espacio es directamente proporcional a los procesos de crecimiento de lo tejidos blandos y su función.

DESARROLLO DENTAL

El desarrollo dental inicia desde la etapa embrionaria y termina hasta que se observa el último recambio dental y su respectiva calcificación total; la última erupción dental tiene lugar dentro de la etapa adolescente, por lo que es necesario contemplar el desarrollo de la dentición dental dentro del crecimiento en la etapa del adolescente. (Ver anexo 1)

³² *Ibidem* 625-647 pp.

TEORÍAS DEL CRECIMIENTO FACIAL.³³

TEORÍA SUTURAL (SICHER)

Sicher cree que no existe el crecimiento intersticial del hueso, su teoría se fundamenta en el hecho de demostrar que tanto los huesos largos, como los planos, incluyendo el tejido conjuntivo, cartílago, fibras nerviosas y vasos son punto de crecimiento; estos tejidos aumentan de tamaño y número, con lo cual se unen creando así el crecimiento de huesos adyacentes.

TEORÍA DE LA MATRIZ FUNCIONAL (MOSS)

Esta teoría propone que la cavidad bucal y nasal constituye un tubo hueco, requisito previo para su función normal y por consiguiente para el crecimiento del hueso. El hueso alveolar depende por completo de la existencia de la erupción dental: - "Si no hay diente, no hay hueso alveolar"- . Contempla a todos los huesos faciales en formación, crecimiento y mantenidos dentro de sus respectivas matrices o medios de tejidos blandos.

TEORÍA NASOCAPSULAR (KING Y SCOTT)

Según King y Scott, el crecimiento del cartílago y el tabique nasal es atribuido al incremento total de la altura facial; el crecimiento del reborde alveolar de ambos maxilares compensa la dimensión vertical incrementada entre los maxilares superior e inferior por crecimiento del tabique nasal y del cóndilo el cual se produce hasta el séptimo año de vida.

³³ *Ibidem* 625-647 pp.

TEORÍA DE LE REUBICACION DE LA ZONA O PRINCIPIO EN "V" (ENLOW)³⁴

El autor de esta teoría sugiere que existe un factor genético determinante del tamaño y forma de todo hueso dentro del marco facial, un análisis morfogénico por él realizado, mostró que la cara crece por "reubicación zonal".

La cara experimenta un progresivo agrandamiento postnatal, aunque diversas proporciones presentan un cambio en el transcurso de los años, para su análisis divide la cara en tres regiones: frontal, orbitaria, maxilar y mandibular.

FRONTAL: la frente generalmente crece por aposición en la superficie externa de las gabelas, y por reabsorción interna, lo que produce una migración frontal anterior y ligeramente superior.

ORBITAL: La mitad central del techo de la órbita y la mayor parte del piso de esta cavidad recibe depósitos óseos nuevos en las superficies externas, las superficies laterales experimentan una reabsorción lo que permite el movimiento lateral de las paredes orbitarias.

MAXILAR: Esta región crece progresivamente hacia abajo y ligeramente hacia adelante por depósito óseo en las superficies posteriores del cuerpo del maxilar, así como un incremento de altura por el crecimiento de las apófisis alveolares. Las alteraciones en el ancho del hueso son causadas por la erupción de los dientes tanto temporales como permanentes.

³⁴ *Ibidem* 625-647 pp.

PSICOLOGÍA DEL ADOLESCENTE

DESARROLLO COGNOSITIVO

La madurez cognoscitiva es la capacidad de pensar en forma abstracta, hecho que se alcanza ordinariamente en la adolescencia según Piaget (1972)³⁵, entre los 11 y los 12 años de edad. Los adolescentes pueden pensar más allá de lo elevado, imaginando una variedad de posibilidades, puede pensar en situaciones hipotéticas, considerar todos los aspectos de una situación y el planteamiento de un problema de forma sistemática.³⁶

Para llegar al periodo de operaciones formales, es esencial cierto nivel de apoyo cultural y de educación.

Las conquistas propias del adolescente aseguran al pensamiento y a la afectividad, un equilibrio superior al que tenían en la segunda infancia³⁷

La adquisición de capacidades de razonamiento permitirá el logro del pensamiento abstracto como un proceso real, el pensamiento concreto puede llegar a convertirse en una forma permanente de pensar no solo durante la adolescencia, sino que perdurará también durante toda la vida adulta.

³⁵ Papalia E. Diane, Wendkos Olds Sally, Psicología, 1 ed. México. 1988: 472

³⁶ *Ibidem* p. 472

³⁷ Piaget Jean. Seis estudios de Psicología, . 1ra. Ed. México, 1994:98

A medida que los cambios de pensamiento concreto se orientan hacia el razonamiento formal, también existe un crecimiento en la habilidad para el desarrollo de un aprendizaje cotidiano dado en la vida práctica; la extrapolación es la capacidad de aprender de las experiencias pasadas y aplicar lo aprendido a las situaciones nuevas o venideras, su mecanismo de desarrollo parte a raíz de la experimentación.

La experimentación en la adolescencia se entiende por un proceso de construcción de una serie o repertorio de experiencias que le permitirá su utilización posterior cuando se encuentre ante situaciones similares o que él determine aptas para su uso ante la sociedad adulta, tales situaciones pueden parecerles carentes de aplicación, aunque a decir de esto, estas les confieren la oportunidad de obtener una mayor capacidad personal de confianza y destreza en el manejo de las situaciones que se le presenten.

La abstracción en su pensamiento presenta una clara muestra dentro de su lenguaje, por lo que con relación al tema que nos interesa, la enfermedad tiende a ser un vocablo completo, mientras que salud al igual que la prevención es reflejo de una mera abstracción, tales actitudes deben manejarse según la situación a afrontar para actuar en la forma correcta dentro de su campo perceptivo.

PENSAMIENTO Y ADOLESCENCIA.

(OPERACIÓN DEL PENSAMIENTO)

El adolescente es un individuo que construye esquemas y teorías... piensa concretamente problema tras problema a medida que la realidad los plantea y no une las soluciones que encuentra mediante teorías generales que puedan poner en relieve su principio.³⁸

Dentro de esta etapa el adolescente presenta interés por los problemas inactuales sin relación con las realidades vividas día a día o que anticipa de manera ingenua y quimera situaciones futuras del mundo. Elaboran teorías abstractas o sistemas que pretenden transformar el mundo que los rodea; la producción de esta nueva forma de pensar a través de ideas generales y construcciones abstractas, se efectúa de una manera continua y no tan agresiva, a partir del pensamiento concreto propio de la segunda infancia.

A partir del cambio decisivo hacia los 12 años, comienza poco a poco el auge en la dirección de la reflexión libre y desligada de lo real. Entre los 11 y 12 años aproximadamente, se presenta una transformación fundamental en el pensamiento del niño que marca el final con respecto a las operaciones construidas durante la segunda infancia es decir, del paso del pensamiento concreto al pensamiento hipotético deductivo.

Las operaciones lógicas comienzan a ser transpuestas del plano de la manipulación concreta, al plano de las ideas expresadas en un lenguaje cualquiera basado en palabras, signos, símbolos, etc., sin el apoyo de la percepción, experiencia o creencia.

³⁸ *Ibidem* p 94.

Así, el pensamiento formal o “hipotético-deductivo” es capaz de deducir las conclusiones provenientes de puras hipótesis, y no sólo como una cuestión de observación real; sus conclusiones son válidas independientemente de la verdad del hecho (su percepción de verdad). Esta forma de pensamiento representa una dificultad y un trabajo mental mucho más grande y complejo que el pensamiento concreto.

El pensamiento formal aplica operaciones de forma individual con relación a los objetos, a diferencia de la etapa infantil, y reemplaza a estos por proposiciones someras o simples. Las operaciones formales son las mismas funciones pero aplicadas a una hipótesis o proposición; consisten en una llamada “lógica de proposiciones”, por oposición a la de las relaciones de clase y número estas últimas, reguladas por operaciones concretas abstractas. Bajo esta conclusión el pensamiento concreto es la representación de una acción posible, y el pensamiento formal de una representación de acciones posibles.

Después de iniciado el pensamiento formal (entre los 11 y 12 años), comienza la construcción de sistemas que caracterizan a la adolescencia, las operaciones formales aportan al pensamiento una magnitud completamente nueva (poder y fuerza del pensamiento), que permite desligar o liberar la realidad y edificarla en voluntad a reflexiones y teorías confiriéndole así una libre actividad de reflexión espontánea de la cual puede hacer o no uso excesivo.

Existe un egocentrismo intelectual de la adolescencia comparable al del lactante que asimila el universo a su actividad corporal, y al de la primera infancia que asimila las cosas al pensamiento incipiente (juego simbólico), esta forma de egocentrismo se manifiesta a través de la creencia en la reflexión todopoderosa como si el mundo tuviera que someterse a los sistemas, y no los sistemas a la realidad.³⁹

Es la edad metafísica por excelencia; el yo es bastante fuerte para reconstruir el universo y bastante grande para incorporarlo. El egoísmo metafísico del adolescente va encontrando su corrección en una reconciliación entre el pensamiento formal y la realidad; el equilibrio se alcanza cuando la reflexión comprende que la función que le corresponde no es la de contradecir, sino la de anticiparse e interpretar la experiencia; cuando esto acontece tanto las construcciones indefinidas como las acciones del mundo real son englobadas a través de la deducción racional y de la vida interior

La lógica se presenta esencialmente bajo la forma de estructuras operatorias, es decir, esencialmente en realizar (operar), y por lo tanto en el actuar sobre las cosas o sobre los demás.

³⁹ *Ibíd*em 227 pp.

PERSONALIDAD Y ADOLESCENCIA.

La personalidad generalmente se lleva a cabo al final de la adolescencia, el yo es un dato relativamente primitivo, indicándose para sí como el centro de la actividad propia, que se caracteriza por su egocentrismo consciente o inconsciente por lo tanto, la personalidad resulta por el contrario de la sumisión o autosumisión del yo en cualquier disciplina, así cuando a un individuo de personalidad fuerte se le asigna de esta forma, no será aquel que refiera todo a su egocentrismo y a su incapacidad de dominio, sino será aquel que encarna un ideal o defiende una causa con toda su actividad y voluntad.

Parte de la personalidad es consecuencia de un producto social, considerando que la persona está ligada al papel que desempeña en la sociedad, la personalidad implica cooperación, de una autonomía en oposición a la anomía, la ausencia de reglas (del yo) y la heteronomía, o bien de la sumisión de los lazos impuestos de forma externa a decir de la solidaridad de las relaciones sociales que mantiene y genera.

Se inicia a partir del final de la infancia entre los 8 a 12 años aproximadamente con base en una organización autónoma de reglas, valores, y la afirmación de la voluntad como regulador y jerarquizador moral de las tendencias. La presencia de un sistema que integra el yo de un modo *sui generis*, da lugar a un sistema personal que de doble sentido que participa como implicador de una coordinación autónoma, y como una particularidad individual, el cual se construye en el ámbito mental en la adolescencia que involucra al pensamiento formal y la construcción reflexiva.⁴⁰

⁴⁰ Ibidem 227 pp.

La personalidad parte del momento en el que se forma un "programa de vida", que a la vez es fuente de disciplina para la voluntad e instrumento de cooperación, dicho plan figura la intervención del pensamiento y de la reflexión libre, por lo que no se realiza hasta que estén presentes las condiciones intelectuales aptas para ello.

Como tal, la personalidad implica una especie de descentralización del Yo que se integra en un programa de cooperación, y se subordina a disciplinas autónomas y libremente construidas. El adolescente se coloca como un igual ante sus mayores (a merced de su incipiente personalidad), aunque se percibe diferente por la nueva conducta que habita en él, por lo que generalmente pretende sobrepasarles en un sentido metafórico y sorprenderles transformando al mundo, generalmente sus sistemas o planes de vida están provistos de sentimientos generosos, proyectos altruistas o presentes de un fervor místico, aunque por otro lado son de inquietar su egoísmo consciente y su megalomanía.

El adolescente se prepara para su inserción en el mundo de los adultos, a través de la visualización de proyectos, programas de vida, sistemas teóricos, planes de reformas políticas y sociales sobre la base de un nuevo pensamiento adquirido de una gran imaginación suministrada.

Con relación a su comportamiento, el adolescente va registrando y se pudiese decir analizando, todas las reacciones que su conducta genera en el ambiente que lo rodea, con lo que el proceso de experimentación basado en las funciones sociales y su observancia en las respuestas dadas lo acercan hacia la personalidad que asumirá en su vida adulta.

AFECTIVIDAD Y ADOLESCENCIA

La vida afectiva de la adolescencia se afirma por la doble conquista de la personalidad y su inserción en la vida adulta.

La existencia para la cual se prepara el adolescente, está compuesta más de sentimientos interindividuales concretos que de sentimientos generales, la sociedad que le interesa es la que pretende reformar; de forma habitual presenta un desprecio y desinterés hacia la sociedad real a la cual condena.

La sociabilidad del adolescente se afirma desde los primeros momentos, a través de la interacción entre sus condiscípulos, la asociación generada encausa fuentes de discusión entre sus compañeros o bien entre una sola persona que él elija para ello, el tema o los temas que abarcan tienen destinado como fin el combatir el mundo real en reconstrucción común y generalmente no tiene un fin objetivo, aún ante la presencia de soluciones respectivas, pero que llegan a la conclusión de una necesidad absolutas de las reformas que prevalecen.

La adaptación social verdadera se realiza cuando el adolescente es capaz automáticamente de pasar de reformador a realizador, reconciliando su pensamiento formal con la realidad, y cuando su trabajo efectivo y seguido se comprende en una situación concreta y bien definida; sus actitudes extravagantes y desequilibrios conductuales tienden al igual que todas las etapas de conducta entrar en equilibrio, marcando así el acceso a la vida adulta, así la afectividad constituye el resorte de las acciones, le asigna un valor a las actividades y regula su energía.⁴¹

⁴¹ Madaleno Matilde, Situación Social de los adolescentes en Latinoamérica, En Dulanto Gutiérrez Enrique, El Adolescente, MC Gran Hila, México, 2000: 639-648

SALUD Y ENFERMEDAD COMO PATRONES CULTURALES

El cuidado de la salud forma parte de la cultura de las personas, se define y rige en parte por los aspectos económicos y sociales entre otros.

La definición de la salud, dada por la OMS establecida en la carta magna, refiere que salud es el bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afección o enfermedad.

Terris⁴² modifica este concepto y lo traduce como un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La cultura es una conformación de estructuras y conductas sociales que determinan su interacción hacia los demás componentes de su medio ambiente en donde se comprenden e interpretan las conductas que resultan de una acción como hecho real. Las acciones presentes en una cultura generalmente han sido aprendidas de generaciones anteriores que son aprendidas para mantener bajo control la variabilidad de los seres humanos, al mismo tiempo que les otorga un carácter previsible ante ciertas circunstancias, bajo algunas limitantes en grupos o áreas geográficas determinadas. Se dice entonces que la cultura es una creación humana y que a su vez es creadora de un mundo humano⁴³.

⁴² Piédrola, Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública, Ediciones Científicas y Técnicas S.A., España, 1991:3-4

⁴³ Dulanto Gutiérrez Enrique, El Adolescente, Mc Graw Hill, México, 2000:649-655

La adolescencia parece ser el resultado de la interacción del desarrollo biológico, mental y social de los individuos, así como la influencia de factores socioeconómicos y culturales que la rodean, y que va marcando un modelo conductual que adquiere y aprende.

Las variaciones culturales en cuanto al cuidado de la salud tienen relación directa con la etnicidad de la población, lo que determina un inapropiado entendimiento y atención hacia las enfermedades; diversos aspectos de origen conductual presentan gran influencia con relación a la determinación acerca de la problemática de salud y su modo de enfrentarlos.⁴⁴

La conducta del adolescente es producto de un aprendizaje condicionado de manera social a través de la cultura, sobre una base biológica que es sometida a las restricciones sociales que se presenta en su medio; dicho aprendizaje refiere un desarrollo de las percepciones y conductas relacionadas en torno a la salud y la enfermedad.⁴⁴

La conformidad de la conducta adolescente es un producto final de la socialización de los jóvenes que puede ser saludable o no según las expectativas adultas, es decir que se espera mayores conductas riesgo y mortandad en varones que en mujeres por el desempeño que se espera de ellos. Los valores de la cultura adulta dominante se imponen a los adolescentes inclusive en asuntos y conductas típicas relacionados a la edad.

Los jóvenes aprenden, comprenden y enfrentan la enfermedad en gran medida dentro del contexto familiar y social

⁴⁴ Dulanto Gutiérrez Enrique, *El adolescente*, Mc Graw Hill, México, 2000: 150-157

⁴⁵ *Ibidem*: 150-157

ENFERMEDAD.

Dentro del patrón conductual de la cultura latinoamericana, la enfermedad se define como la presencia de síntomas y signos sensibles de alteración

La enfermedad es definida como la ausencia de salud; alteración de la salud, *infirmus* – débil, poco resistente, poco firme, enfermo. *In* – no, *firmus* – fuerte, firme, robusto, sano, que no está bien de salud. Que tiene un padecimiento.

Las enfermedades se relacionan con fenómenos sociales, lo que genera acciones y reacciones sociales referentes a la manera de tratarlas; cada paciente joven o adulto presenta una visión personal acerca de la enfermedad que lo pudiera aquejar y sobre esta determina la acción que realizará cuando esta se presente.

La etnicidad de la historia y la cultura son importantes por cuanto determinan la manera en que el episodio de la enfermedad será negociado socialmente, las diferentes emociones poseen distintos grados de patogenicidad y se relacionan con determinados órganos, los cuales se dañan ante emociones negativas.⁴⁶

El conjunto de reacciones o creencias familiares acerca de la salud y la relación general o específica con la enfermedad, constituyen factores decisivos dentro del marco social del adolescente en el cuidado de la salud.

⁴⁶ Salazar en 1987 observó un patrón de conducta en las mujeres chilenas, las cuales señalaron a los sufrimientos como causa de enfermedades cardíacas. Ibidem:649-655 pp

Rolland en 1987⁴⁷ describe cuatro elementos clave del sistema familiar de creencias de salud que son de importancia en cuanto a la generación del diagnóstico legado de salud y enfermedad.

1. La percepción compartida por la familia acerca del control de la enfermedad.
2. Las creencias, etnias culturales y religiosas de los miembros familiares.
3. Los supuestos de familia en relación con la causa de la enfermedad en general, y de enfermedades específicas en particular.
4. El ciclo de vida del grupo familiar.

Generalmente el primer diagnóstico es realizado por la madre, que en Latinoamérica es la figura central de las familias, hecho que principalmente da inicio en parte a recurrir a consulta en cualquier ámbito formal de atención a la salud. El papel que juega la madre puede considerarse de manera favorable o desfavorable según la acción consecuente, aunque esto no es convincente de modo alguno, la intervención materna puede y es decisiva en gran parte sobre el cuidado y la atención de salud en el adolescente.⁴⁸

La escuela es el centro donde los adolescentes se concentran en grupos de pares y representa un punto de referencia para definirse a través de la exposición de ideas, valores sostenidos e ideales, en los que puede influirse de manera adecuada para la obtención de conductas preventivas anticipadas antes de la adquisición y aceptación de conductas nocivas.⁴⁹

⁴⁷ Del Barrio Martínez Cristina, la comprensión infantil de la enfermedad, *Anthropos*, España, 1990:254 pp

⁴⁸ *Ibíd*em 649-655 pp.

⁴⁹ Bash en 1959 expresaba ya el principio básico de la medicina preventiva: llegar al grupo objetivo antes de que exista el problema. Dulanto Gutiérrez Enrique, *El adolescente*, México, 2002:639-648 pp.

El apoyo del grupo de pares anima al adolescente a oponerse a la autoridad y control familiar de los adultos, por lo que manejado de forma idónea puede ser de gran ayuda en lo referente a la educación para la salud dirigida a un mismo sector.⁵⁰

⁵⁰ Papalia E. Diane, *Psicología*, 1ra ed. , México, 2002, 762 pp.

LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA

Desde una perspectiva piagetiana, el entendimiento de la salud y enfermedad, está relacionada con el desarrollo cognoscitivo; a medida en que se madura las explicaciones sobre la enfermedad van cambiando; antes de la niñez intermedia los niños son egocéntricos y tienden a creer que las enfermedades se producen mágicamente por acciones humanas o bien a través de sus propias acciones (castigo); posterior a esta etapa, explican la enfermedad a través de la presencia de gérmenes todopoderosos y para su protección aplica técnicas supersticiosas para evitarlos; a medida que se acerca a la adolescencia ven la posibilidad de las diferentes causas que provocan una enfermedad entendiendo de manera adecuada la prevención y el contagio⁵¹.

Los adolescentes no sólo se ven diferentes a los niños, sino que su pensamiento es distinto, su velocidad de pensamiento de la información va en incremento, aunque no lo hace de manera evidente como en la niñez intermedia (Kail, 1991,1997)⁵²; por primera vez son capaces de razonar a través de una forma abstracta y de tener pensamientos idealistas.

La salud dentro de la adolescencia en la actualidad está condicionada por las circunstancias sociales, políticas, económicas, demográficas y de infraestructura general que la condicionan bajo la vorágine de esquemas preestablecidos, aún bajo la percepción de que la salud de la población joven

⁵¹ Del Barrio Martínez Cristina, La comprensión infantil de la enfermedad, Anthropos; España 1990:31-42 pp

⁵² Papalia E. Diane, et. al., Psicología del desarrollo, Mc Graw Hill; 8va ed., Colombia, 2001:594-720 pp.

es un elemento básico para el progreso de las naciones; el reconocimiento de este constituye un cambio significativo que producirá un efecto trascendental en la formulación de políticas y estrategias del desarrollo de los países de la región.⁵³

El bienestar de los adolescentes y jóvenes adultos involucra a un grupo de edad particularmente vulnerable, de ahí que refleje su importancia, dentro del marco social, económico y de salud. Al respecto, la OMS establece que para lograr un desarrollo saludable, los adolescentes y jóvenes necesitan en principio haber tenido una infancia saludable y después un ambiente de apoyo y oportunidades a través de la familia, el grupo de pares, y otras instituciones sociales, requieren de oportunidades para obtener conocimientos adecuados que les permitan hacer elecciones saludables, para convertirse en conocimiento y poder influir en las actitudes y conductas, por lo que la información debe de ser íntegra y pertinente en la experiencia juvenil.⁵⁴

Las condicionantes económicas y legislativas determinan el grado de salud en los adolescentes al igual que la deficiencia o escasez en los servicios a los cuales es necesario su acceso, (Centros de Salud, Educación, Bienestar social, etc.), así como también la presencia de factores sociales secundarios adyacentes (empleo, justicia, delincuencia). Las condiciones sociales hacen más difícil de desafío de crecer y también aumenta la vulnerabilidad de los jóvenes⁵⁵.

⁵³ Dulanto Gutiérrez Enrique, *El Adolescente*, Mc Graw Hill, México, 2000: 374

⁵⁴ *Ibidem* 165-172 pp.

⁵⁵ *Ibidem* 656-672 pp.

La imagen del adolescente y del joven como focos de problemática, aumentan la apatía en la creación de un clima para la legislación y asignación de recursos. En Latinoamérica, el crecimiento de la población adolescente y juvenil conforma una demanda creciente para los sistemas de salud, educación y trabajo; la situación va en constante agravio debido a la migración dada hacia los centros urbanos, principalmente de los sectores marginales, por lo que se presenta con mayor grado la dificultad de acceder a una aceptable educación, capacitación laboral y mercado laboral, con lo que persiste un aumento consiguiente de enfermedades biológicas y sociales.⁵⁶

El análisis de morbilidad del adolescente en Latinoamérica, está limitado por los problemas de calidad, cantidad, oportunidad y periodicidad de información debido principalmente a la falta de profesionales informados para detectar sus necesidades, lo que propicia un error en los sistemas de información.⁵⁷

El desarrollo de servicios para atender la salud de los adolescentes, es todavía limitado; se realiza en unidades polivalentes y generalmente los adolescentes acuden a estas de manera ocasional, los servicios pediátricos son proporcionados hasta los 15 años y la de los adultos a partir de los 20 años, así el periodo comprendido entre estas dos edades no está totalmente respaldada en forma alguna para su atención salvo a aquellas instituciones que se permiten la atención de estas como pacientes ambulatorios.⁵⁸

⁵⁶ *Ibidem* 639-648 pp.

⁵⁷ *Ibidem*

⁵⁸ Brenes William, E. Al. Epidemiología bucal y accesibilidad a los servicios odontológicos de un grupo de adolescentes. *Rev. Costarricense Médica*, 1986, 7(4):311-314

Aún bajo que las necesidades de importancia entre la adolescencia se encuentran en un nivel preventivo y social, el servicio de salud enfoca más su atención en acciones curativas y biológicas, con lo que se expone un margen muy amplio para la aparición de problemas (enfermedad), antes de que estas puedan ser prevenidas; aunado a esto se encuentra como se ha venido mencionando, la inexistencia de políticas explícitas que den permanencia, coherencia y carácter integral a estas acciones preventivas de conformación bio-psicosocial, la formación de políticas deberá de basarse en la información epidemiológica disponible y un enfoque sobre los cambios y la percepción del adolescente ante la problemática.

En Latinoamérica, la información acerca de las necesidades de salud en los jóvenes es nula, por lo que deberá de reconsiderarse los métodos utilizados para tal fin tales como los indicadores de salud, así como sistemas de salud y vigilancia, para que a partir de ellos se pueda realizar un diagnóstico operacional de forma más precisa acerca de los ideales, las necesidades y la salud, determinando de esta manera políticas, planes y programas que permitan solventar la problemática a la que se enfrenta.

La conducta de riesgo para el adolescente, se define como cualquier comportamiento que compromete el aspecto bio-psicosociales de su desarrollo; existen patrones organizados de conductas de riesgo, las cuales son un reflejo de la adolescencia y su permanencia en el mundo que los rodea, el origen de la covariación e interrelación de estas conductas constituye una "ecología social" que le sugiere oportunidades socialmente organizadas para aprender conductas de riesgo y al mismo tiempo expectativas de normativas conjuntas en relación a ellas.⁵⁹

⁵⁹ Amara Pace José, *Desarrollo de la identidad, De El adolescente*, Mc Graw Hill, México, 2000:165-172 pp.

La magnitud de los factores de riesgo depende de la intensidad de compromiso en el comportamiento de estos, el número de otras conductas análogas, y los alcances de éstas en el estilo de vida, la edad de inicio y el grado de compromiso con conductas protectoras.

El ciclo de vida es un marco teórico más completo para el estudio del adolescente como protagonista biopsicosocial del cuidado de su salud, el concepto de la adolescencia en el ciclo de vida es fundamentado en tres premisas dada por Dragastin Y Elder en 1975⁶⁰.

- La adolescencia constituye una etapa socialmente definida en el curso de la vida, su estudio implica la comprensión de los periodos adyacentes, niñez y vida adulta.
- La realidad social de la adolescencia, sus límites, duración y modo de experiencia, son variables involucradas en el cambio social y también en diversos contextos ecológicos simultáneos urbanos y rurales.
- La comprensión de la adolescencia implica la biografía de los sujetos como parte del proceso del desarrollo humano que perdura durante toda su vida.

⁶⁰ Papalia E. Diane, Psicología del desarrollo, Mc Graw Hill, 8va ed, Colombia, 2001 594-720 pp

LA APARIENCIA FÍSICA EN EL ADOLESCENTE DENTRO DE UNA COGNOTACIÓN SOCIAL.

En la actualidad, la conducta de los individuos que interaccionan dentro del conjunto social, está determinada bajo comportamiento sugestivo provistos principalmente a través de comportamientos, actitudes y factores de relación indirecta presentados a través de los medios de comunicación, que cada vez tienen mayor presencia dentro del contexto social.

Los patrones o esquemas sociales preestablecidos con relación a la conducta, actitud, y apariencia física, determinan el desarrollo del individuo dentro de la sociedad en donde se desenvuelve; los adolescentes forman parte importante en esta adquisición factorial, ya que la etapa por la que transitan es lo suficientemente vulnerable a la diversidad de conductas establecidas o enmarcadas dentro de un patrón de conducta social.

La imagen presentada por la mercadotecnia, no siempre es la que tipifica a una población general, sino que tiende a ofrecer un concepto fantasioso acerca de lo que la mayoría de la población requiere, necesita o anhela.

Al joven lo que más le preocupa, es la imagen corporal y lograr una adecuada autoestima que le permita llegar a una identificación y por consiguiente aceptada de su medio⁶¹.

⁶¹ Paván Cacho Gabriela; Actitud hacia el SIDA en los adolescentes mexicanos, México D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, 2004: 35 p. Tesis

El comportamiento de conducta en relación a la mayoría de las situaciones que se presentan a lo largo de la vida en un individuo que se dirige hacia la etapa adolescente, estaba limitada en un grado muy elevado por la influencia directa de los padres, al transitar hacia esta nueva etapa, el adolescente adquiere una mayor amplitud en la toma de decisiones, comportamientos y actitudes con respecto a su persona y a las situaciones a las que se enfrenta.

Antes de la adolescencia, el joven obedecía a sus padres, ahora se obedece pretende obedecerse a sí mismo, lo que dentro del contexto familiar y social es indicativo de una rebeldía propia de la edad. Los aspectos de conductas en higiene, se ven alterados ya que los padres tienden a observar un constante conflicto con relación a esta, lo que en determinado momento causa un decrecimiento en la influencia sobre la higiene personal del adolescente⁶².

El comportamiento del adolescente obedece a la lucha propia y general de ser considerado ya no como a un niño, sino como parte de una sociedad de actividad más representativa socialmente a la de la niñez. Su comportamiento general denota la notoriedad hacia ser considerado como elemento representativo en la sociedad, enmarcado bajo proezas, excentricidades, actitudes chocantes, torpes o transitoria a fin de lograr tal notoriedad. Tiende a imitar o identificarse con pares o con adultos a los cuales no rechaza, con lo que va definiendo su propia personalidad; sus modelos a seguir pueden estar presentes dentro de la sociedad en la que se desenvuelven, pero también pueden encontrarse en personajes platónicos de los que tenga conocimiento y admire. (personajes de radio, televisión o literatura)

⁶² *Ibidem* p 35

Los adolescentes le confieren mucha importancia a las relaciones recíprocas con compañeros de la misma edad o cercana a esta, el valor de estas radica en la obtención de una compañía con la que se sientan de forma confiable y segura, así como la de tener un apoyo de tipo emocional y conductual en mira a la etapa por la que transitan; en determinado momento los adolescentes buscan dentro de estas relaciones alguien que los guíe o ayude dentro de esta transición.

La adolescencia a sido ya definida como una etapa de transición de la vida, su tarea principal es la consideración de su propia identidad, es decir, determinar la presencia de su ser para sí mismo (quién es), y como o más bien dicho quien es dentro de su contexto familiar y social⁶³.

Retomando la relación de su conducta con el aspecto físico, Caplan y Levov⁶⁴ en un estudio realizado en 1973, refieren que los adolescentes refieren una noción comparativa acerca de la percepción del mundo en la etapa infantil y la adolescente y registran que para ellos, el mundo no es tan armónico como lo observaban en la infancia, y que en el mayor número de casos, si no es que el de todos, no existe una correspondencia real con los ideales aprendidos y la realidad presente, y que los valores, hasta ahora incuestionables aprendidos durante sus primeros años de vida, no funcionan como reglas absolutas, sino que por el contrario suelen ignorarse constantemente. La población adulta que ellos perciben como mayor tales como maestros, padres y otros adultos predicen una actitud y practican otra, es de entonces esperar que los jóvenes presenten una incredulidad y se hagan partícipes de ella.

⁶³ *Ibidem* p 36

⁶⁴ T. Woods Edwin Ricardo, Autoconcepto e imagen corporal en una muestra de adolescentes en la Ciudad de México, México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 2003. 10 p. Tesis (Licenciatura en Psicología)

Pudiese considerarse que las actitudes hacia el cuidado e higiene general se establecen a partir de patrones de conducta adquiridos, pero si estos no corresponden a lo dicho, tienden a perder importancia o quedar en un grado de mínima injerencia.

La participación de conductas en autocuidado de la imagen (incluyendo la higiene) debe reflejarse dentro de un dominio social para que estas adquieran un valor adquisitivo, aunque no determinante para la realización de estas; las conductas habituales son las que reflejan una aceptación conductual que no siempre va ligada a la importancia, sin embargo el cuidado bucodental debe imponerse en estos dos aspectos para que dentro de cada perspectiva pueda llevarse a cabo con el nivel de eficiencia que se plantea.

La imagen corporal dentro de este milenio, adquiere y va adquiriendo valores de suma importancia en relación directa al desarrollo social, si es bien cierto que la imagen corporal tiene un significado importante dentro de la conducta del adolescente, hoy por hoy esta participación se registra bajo porcentajes de mayor nivel, consecuencia de las condicionantes sociales establecidas dentro de esta época.

En 1992, Brucho-Schweitzer⁶⁵ afirman que la imagen corporal es una configuración global partícipe en un conjunto de representación y percepción de sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia, a través de las diversas experiencias adquiridas. La adquisición progresiva de la complexión e imagen corporal se apoya sobre las adquisiciones múltiples, no solo de referencia en salud y cinestésica, sino que también se hacen partícipes factores de tipo cognitivo social y afectivo.

⁶⁵ *Ibíd*em p13

Caplan en 1973⁶⁶ refiere que el adolescente está constantemente preocupado por su apariencia, desea por un lado ser atractivo y exhibirse, y por otro ocultar sus atributos físicos que en determinado momento le causan vergüenza.

No obstante esto en la medida en la que evoluciona la sociedad y que se hace presente en el reflejo del tiempo, el desarrollo del cuerpo humano (adquisición de caracteres primarios y secundarios), presenta una oposición a este respecto, ya que en la actualidad la conducta social exterioriza que la mayoría de los adolescentes reflejan un deseo inminente de exteriorizar su compleción recientemente adquirida, y por la que la importancia dentro del círculo social es mayor.

El entorno social y sobre todo aquellas personas que tienen un papel significativo en la vida de cualquier persona, perciben la apariencia del sujeto de manera concordante, esta apariencia induce en los demás ciertas percepciones, evaluaciones y comportamientos repetidos y coherentes en el medio en el que se desenvuelve. El sujeto blanco de estas actitudes las percibe e interioriza progresivamente hasta el punto de que afectan de manera significativa su imagen de sí mismo y sus comportamientos⁶⁷. La personalidad y actitud con relación a su imagen se adapta a las expectativas sociales de las que ha sido objeto, o de las que observa en su medio.

⁶⁶ *Ibidem* p10

⁶⁷ Gil Mass Estereotipos de género masculino y femenino presentes en la publicidad escrita, estudio de su influencia en la satisfacción de la imagen en adolescentes. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 2003, 22 p. Tesis (Licenciatura en Psicología)

La preocupación acerca de la opinión física en la actualidad se presenta desde edades muy tempranas que anteceden a la adolescencia, así pues, es de gran importancia que sea durante esta etapa en donde el adolescente presenta una mayor libertad en el campo de acción en conducta, conocimiento, comportamiento y participación social, y en donde tanto ideales como costumbres, creencias y hábitos establecidos o no, son sujetos de análisis y aceptación real del adolescente, los cuales puede o no hacer partícipes de su conducta posterior de permanencia adulta, en donde los conocimientos sustentados por elementos multifactoriales deben de darse a conocer nuevamente bajo estos fundamentos, haciendo hincapié en los factores que al adolescente le son importantes (apariencia física y social), en donde se incluya de manera específica el grupo en donde se desarrolla, para que la aceptación de tales conocimientos sea participe de su aprendizaje y reconocimiento propio⁶⁸.

La participación social, en los medios de comunicación masiva tales como televisión, publicaciones impresas, etc., influyen de manera directa sobre la participación activa de los adolescentes en su actitud y conducta, así como también dentro de la adquisición de su identidad.

Por lo tanto, los factores de implicación en la importancia bucodental, deberán de enmarcarse bajo diversos factores de influencia, determinando la importancia concedida para el adolescente al respecto bajo una perspectiva global dentro del medio social en el que se desenvuelve, es decir, mostrar los conocimientos que tiene y por los cuales refleja una importancia sentida, las actitudes que presenta hacia una implicación social, la participación de los estereotipos sociales para la determinación de influencia, y los factores de relación directa en función a la atención bucodental propia y de percepción poblacional.

⁶⁸ *Ibidem* 68-82 pp.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien es cierto que la adolescencia se caracteriza por cambios conductuales, físicos, psicológicos y anímicos, también lo es que en el contexto salud – enfermedad se presentan cambios importantes que finalmente son el resultado del desarrollo físico y hormonal que caracteriza esta etapa de la vida y por el otro, la presencia de alteraciones o enfermedades a nivel sistémico y bucal que son el resultado de diferentes factores de riesgo de carácter social, económico y conductual.

En esta etapa de la vida termina el recambio dental en razón de integrar la dentición permanente, así mismo se presentan enfermedades virales (herpes simple) y bacterianas (enfermedades periodontales) y en ocasiones enfermedades y/o alteraciones ocasionadas por la presencia o adquisición de hábitos perniciosos, amén de la caries dental y de igual manera considerando en proceso cariogénico⁶⁹.

El desconocimiento sobre el cuidado de la salud bucal, influidos por la presencia y perpetuación de hábitos y creencias perfila la prevalencia de dichas enfermedades en la cavidad bucal a más temprana edad y es importante considerar que el grupo social juega un papel esencial ya que, por ejemplo, si para el grupo social del adolescente no reviste de importancia la remoción de la PDB, el hábito de la higiene bucal no constituye una práctica cotidiana, por lo tanto:

¿Qué importancia le otorga el adolescente al cuidado de la salud bucodental? Y ¿Qué proporción de los adolescentes conoce los efectos nocivos de la caries y la placa dentobacteriana (PDB)?

⁶⁹ Carrorella Marbel, et.al. Análisis del estado bucal en una población adolescente. Rev. De la Asociación Odontológica de Argentina, 2003, 81:170-176 p

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo trata de enmarcar los factores que determinan la concepción de la adolescencia como una etapa de transición, basada en la lógica y la conciencia, que permitan establecer y/o determinar las bases de conducta de este sector y su aportación subsecuente en el aspecto bucodental, así como determinar desde su propia percepción los factores que influyen de manera global en dicho problema.

Dicho planteamiento puede y debe ser de gran aportación como base para el desarrollo de un programa, en el que siguiendo las bases teóricas de la metodología de la elaboración de programas de prevención y difusión de la salud, provee de un marco o referencia teórica acerca de las necesidades, percepción y concepción de la higiene bucodental de los adolescentes a decir de lo siguiente: análisis e identificación del problema y determinación de las necesidades de salud e higiene bucodental sentidas y reales.

El conocer la conducta y el pensamiento del adolescente y los factores que él sugiere y le son de importancia dentro del marco bucodental propio y común, nos permite conocer y determinar las causas y errores que presenta el sector salud público y privado, especialmente el odontólogo, en materia de prevención a través del conocimiento y causa.

Así pues, considerando que los aspectos desarrollados de este trabajo pueden ser de útil aplicación en el desarrollo de un programa póstumo a esta breve introducción analítica, se entablarán las bases propicias del conocimiento de una percepción someramente factorial.

HIPÓTESIS

Debido a la conformación y percepción social que se tiene, se podrá determinar, H_1 que en presencia del rol que la mujer desempeña dentro del marco social, ésta le atribuye mayor importancia al cuidado personal, incluido el bucodental, y que, H_2 el hombre le atribuye menor importancia que la mujer al cuidado personal dentro del cual se percibe la atención bucodental, bajo la condición social que se le atribuye, o que H_3 , el hombre le conceda mayor importancia a la higiene bucodental con relación a la mujer. Contrario a lo esperado, H_0 tanto la mujer como el hombre, presentarán una nula importancia en cuanto al cuidado bucal o personal, o que contrariamente

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

El objetivo general es determinar la importancia que le otorgan los adolescentes inscritos a nivel educativo medio (secundaria), al cuidado de la salud bucodental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la importancia que le otorgan los adolescentes al cuidado de salud bucodental por edad y sexo.
- Determinar la importancia del cuidado bucodental en relación a rangos por edad a fin de determinar las conductas incipientes de la adolescencia (12-14 años), y la establecida (15-17 años).
- Determinar la proporción de prácticas de higiene bucodental que realizan los adolescentes a través del conocimiento de los diferentes productos mencionados a saber pasta, cepillo, y hilo dental, así como también enjuague bucal.
- Determinar la proporción de practicas activas de higiene y cuidado dental, a través del conocimiento de la frecuencia de cepillado dental, aseo lingual; noción acerca de la frecuencia de consulta odontológica y los motivos de mayor frecuencia que determinaron esta situación.
- Determinar la proporción en grado de importancia acerca de los factores de relación directa implícitos en el cuidado bucodental a través del conocimiento en perspectiva estética, física, social, cultural, económica y de conocimiento.

METODOLOGÍA

MATERIAL Y MÉTODOS.

MATERIAL

- 1 cuestionario base
- 3 participantes de edad adolescente para muestreo de cuestionario base
- 1 cuestionario prototipo
- 300 copias de cuestionarios prototipo
- 300 individuos de análisis dentro de la etapa adolescente
- 1 cuestionario base

MÉTODOS

Para llevar a cabo este estudio se realizó un cuestionario base de 37 preguntas, de las cuales:

3 son de identificación personal

8 pertenecen al análisis socioeconómico

26 tiene relación directa con el tema a analizar y presentan respuestas sugeridas, de las cuales:

8 sugieren medición en escala de importancia.

11 de respuesta de afirmación o negación.

7 son de respuesta de enfoque informativo.

Dentro de estas 26 preguntas, 13 proponen respuesta abierta según el caso.

Se realizó de primera instancia un cuestionario base en el cual se estableció un preformato para el cuestionario de aplicación, dicho cuestionario se aplicó como tipo muestra en 3 adolescente, calificando así la claridad de las preguntas y la observación de reactivos que pudiesen prestarse a confusión, recabando la información pertinente se ajustó el cuestionario en base a las observaciones hechas por estos tres individuos de participación primaria, una vez establecido el cuestionario se determinó la aplicación de este en los centros donde pudieran ser contestados, se determinó entonces la realización de estos en dos centros educativo de nivel enseñanza media (nivel secundaria), con el horario sujeto a disposición del centro.

Los cuestionarios aplicados fueron realizados en dos turnos, por la mañana, y por la tarde, los participantes de este estudio se establecieron para su control por grado escolar, es decir, un grupo matutino y vespertino dentro del primer año escolar, un grupo de 2do grado en el turno matutino y uno en el vespertino, el grupo de 3er año escolar dentro del turno matutino y vespertino.

El cuestionario aplicado fue resuelto por los propios estudiantes con lápiz o pluma de cualquier color de tinta, según la disponibilidad de recursos de la propia población a la que le fue aplicado el cuestionario

El análisis de datos fue porcentualizado sobre la cantidad obtenida, y esquematizados bajo gráficas de referencia porcentual, comparando a través de estos porcentajes las determinantes de especificación objetiva.

TIPO DE ESTUDIO.

Este es un estudio descriptivo observacional o de prevalencia, que describe las características de población de estudio al factor de la comunidad.

Determina la asociación factorial y su análisis, basándose o no en la existencia de asociaciones causales.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Este estudio se realizó en adolescentes de ambos sexos, con un nivel de escolaridad media (secundaria), con una edad comprendida entre los 12 y 17 años.

MUESTRA DE ESTUDIO

POBLACION DE ESTUDIO	
HOMBRES	127
MUJERES	149
TOTAL	276

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes que comprendan entre los 12 y 17 años.
- Adolescentes que actualmente curse el grado de nivel medio (secundaria).
- Adolescentes que tengan disposición de contestar el cuestionario.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adolescentes que no cumplan con los criterios de inclusión.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores de riesgo como:

- Creencias
- Entorno social
- Hábitos
- Costumbres

VARIABLE DEPENDIENTE

Importancia que le otorga el adolescente al cuidado bucodental.

VARIABLES (escala de medición)

EDAD	Que la población de estudio cuente con la edad comprendida entre los 12 y 17 años.
SEXO	El grupo de adolescentes será determinado bajo su sexo en masculino y femenino, sin importar sus preferencias sexuales.
FACTORES	Son los hechos de diferente naturaleza y que de la exposición a ellos depende el perfil de conducta.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se determinará en términos de distribución porcentual

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS.

- Tutor
- Asesor
- Pasante de cirujano Dentista
- Directivos escolares
- Maestro de escuela
- Adolescentes disponibles

RECURSOS MATERIALES

- Cuestionario base de evaluación
- Copias el cuestionario base

RECURSOS FINANCIEROS

Correrán a cargo de la tesista

CRONOGRAMA

MAYO				
24	25	26	27	28
Inicio del seminario	Asistencia a clase ☹	☹	☹	Asignación del tutor ☺
31				
☹				
JUNIO				
	1	2	3	4
	☹	☹	☹	Designación del tema de tesina
7	8	9	10	11
Búsqueda de información ?	Elaboración del cuestionario prototipo. 📄	Revisión del cuestionario prototipo. 📄	Solicitud para llevar a cabo el cuestionario en una secundaria. 🗨	Revisión previa del contenido 📖 Concertación del día de la aplicación del cuestionario 📅
14	15	16	17	18
Aplicación del cuestionario prototipo ✍ Solicitud para llevar a cabo el cuestionario en otra secundaria 🗨	Análisis y corrección del cuestionario. 📄	Concertación del día de la aplicación del cuestionario. 📅	Adquisición de las copias del cuestionario necesarias para su aplicación. 📄	Revisión previa del contenido temático de trabajo de investigación. 📖
21	22	23	24	25
☹	Aplicación del cuestionario ✍	Aplicación del cuestionario ✍	?	?
28	30	28		
?	?	?		
JULIO				
	1	2		
	?	Revisión previa del contenido temático de trabajo de investigación. 📖		

CRONOGRAMA CONT.

5	6	7	8	9
	1ra. Revisión del avance de la tesina. 			Inicio del periodo vacacional.
12	13	14	15	16
				Captura de información del tema de estudio.
19	20	21	22	23
			Revisión previa del contenido temático de trabajo de investigación. 	Corrección de del contenido temático. ✓
26	27	28	29	30
Clasificación y cuantificación de los datos obtenidos 				
AGOSTO				
2	3	4	5	6
9	10	11	12	13
Establecimiento de la aplicación del análisis de datos. ✓	2da. Revisión del avance de la tesina. 	Captura de datos obtenidos para su porcentualización. 		
16	17	18	19	20
Esquematación de los datos obtenidos. 				Término del análisis de datos, correcciones finales y conclusiones. ✓
23	24	25	26	27
Revisión final del trabajo de investigación. 	Última corrección de del contenido temático. ✓	Revisión final de la tesina. 	Elaboración del material de exposición. 	Requisición del número de tesinas de requeridas.

CRONOGRAMA CONT.

30	31
😊	Revisión del material de exposición. 😊

SEPTIEMBRE

1	2	3
Corrección del material de exposición ✓ 😊	😊	Entrega del material de exposición e impreso a la coordinación del seminario. 😊 📖 ✓

RESULTADOS

Las encuestas aplicadas se realizaron en un salón cerrado en donde la atención primordial fue concentrada hacia la solicitud en virtud de dudas y respuestas por parte de los adolescentes que participaron en este estudio, el total de población adolescente se define bajo un total de 276 alumnos que actualmente cursan el grado escolar medio superior a decir nivel secundaria y se analizaran en subgrupos de sexo y edad realizando el comparativo pertinente para cada caso.

La siguiente tabla representa la división de subgrupos para el análisis de este estudio.

El total de la población se divide en dos grupos definidos por sexo teniendo las siguientes condiciones para su estudio con relación a estos subgrupos:

Número y sexo de la población de adolescentes de estudio.

SEXO	NUMERO
T. FEMENINO	149
T. MASCULINO	127
TOTAL	276

La población fue subdividida determinando el número de adolescentes en referencia a su edad, estudiando el comportamiento de actitud en base a la edad correspondiente que presentan al momento de realizar el cuestionario de estudio, analizando los datos de este grupo en relación directa con la definición de cada subgrupo por sexo.

Distribución de la población adolescente de estudio por edad, sexo y número de participantes.

SEXO	EDAD	NÚMERO
FEMENINO	12	18
MASCULINO	12	8
FEMENINO	13	52
MASCULINO	13	43
FEMENINO	14	40
MASCULINO	14	34
FEMENINO	15	34
MASCULINO	15	34
FEMENINO	16	3
MASCULINO	16	7
FEMENINO	17	2
MASCULINO	17	1

La población de estudio se analizó a través de la división en sub-etapas con relación a la edad que actualmente presenta al momento de aplicar el cuestionario, determinando el análisis sobre la base de tales sub-etapas y su relación directa con el grupo definido por sexo.

Distribución de la población adolescente de estudio por rangos determinados por edad y sexo

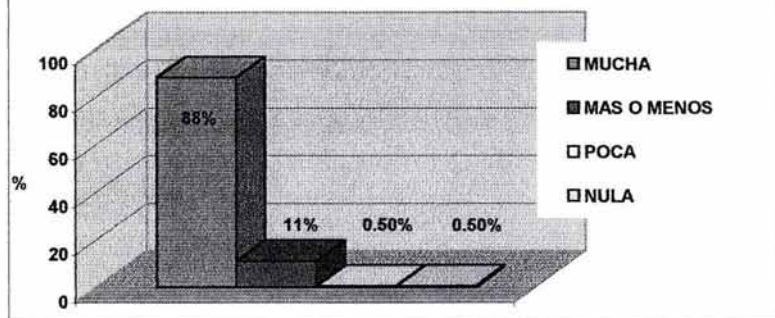
EDAD	SEXO	NÚMERO
12 – 14 AÑOS	FEMENINO	110
12 – 14 AÑOS	MASCULINO	85
	TOTAL	195
15 – 17 AÑOS	FEMENINO	39
15 – 17 AÑOS	MASCULINO	42

El análisis sobre la importancia que le otorgan los adolescentes al cuidado bucodental están basados de acuerdo a la respuesta obtenida a través de los cuestionarios aplicados en la población adolescente en el cual se establecen 25 reactivos para tal estudio, en los que se involucra la respuesta en pensamiento propio y la situación y factores que involucran directa o indirectamente su conducta en este respecto.

Los análisis de resultado obtenidos y presentados se darán a conocer a través del porcentaje obtenido de los cuestionarios aplicados y serán determinados bajo el escrutinio determinado de subgrupos, a saber: población adolescente general, población adolescente femenina, población adolescente masculina y femenina, población adolescente general con un rango de 12 a 14 años, población general con un rango de 15 a 17 años, y población adolescente en rangos de 12 a 14 años y de 15 a 17 años determinados por sexo, todos ellos contendientes de un mismo grupo de estudio.

La importancia acerca de la atención dental en una perspectiva general en visión del adolescente se define en base a la representación porcentual de la gráfica 1.

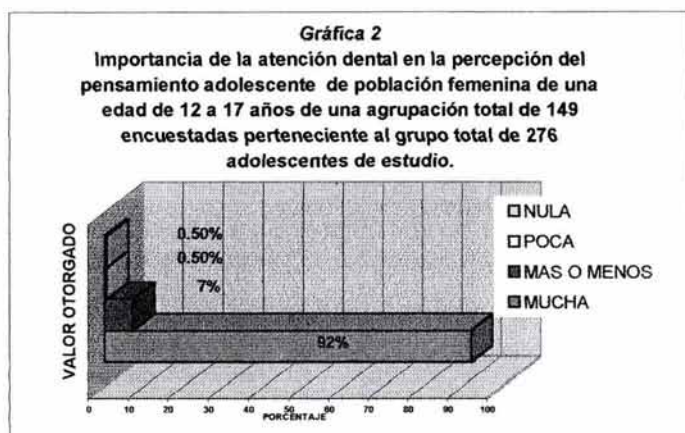
Gráfica 1
Importancia de la atención dental en la percepción del pensamiento adolescente de una edad de 12 a 17 años de un total de 276 encuestados.



Fuente directa.

Se determinó así que el 88% de la población adolescente perteneciente al grupo de estudio admite que la atención dental es de gran importancia, solo un 11 % admite una importancia regular y un .5% tuvo respuesta mínima y nula en igual porcentaje con respecto a la misma.

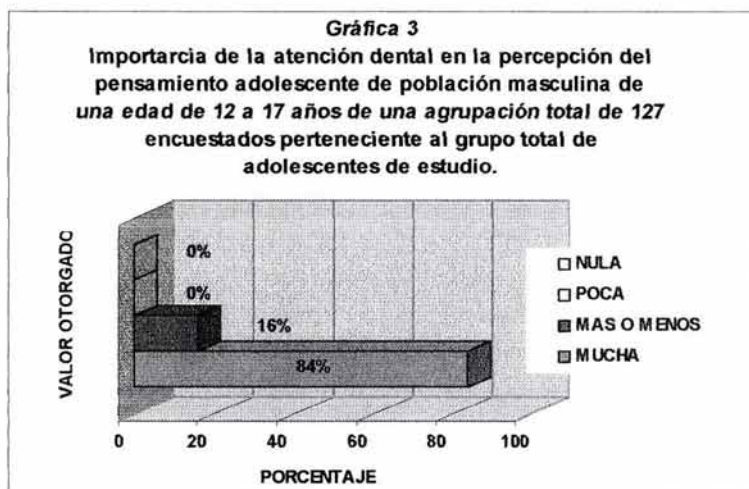
La importancia que la población femenina perteneciente al grupo adolescente de estudio supone con relación a la atención dental fue esquematizada en la gráfica 2



Fuente directa

El grupo femenino perteneciente a la población adolescente de estudio le confiere un 92% en grado de importancia a la atención dental, solo un 7% le otorga un valor regular y un .5% le concede poca, y otro .5% acierta nula importancia a la observación dental.

La importancia que estima la población adolescente masculina a la atención dental está representada en valores porcentuales en la gráfica 3.

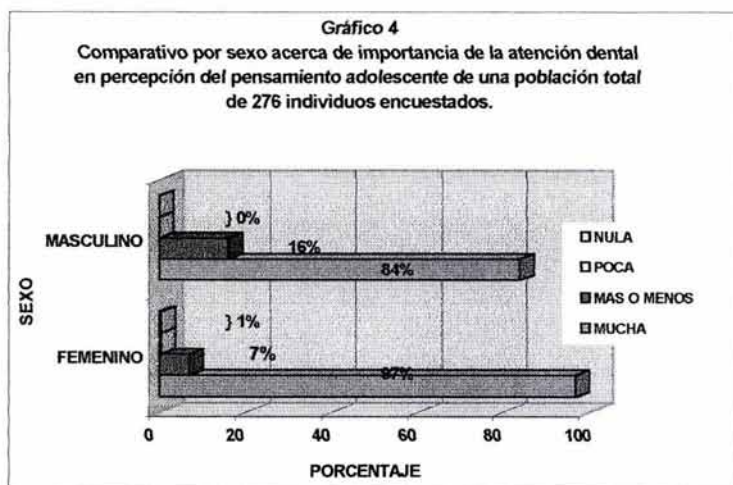


Fuente directa

El 84% del grupo masculino perteneciente a la población adolescente de estudio concedió un valor de gran importancia a la atención dental, y solamente un 16% participa un valor regular para esta solicitud, quedaron excluidos los valores mínimos y nulos en grado de importancia en este grupo de aplicación.

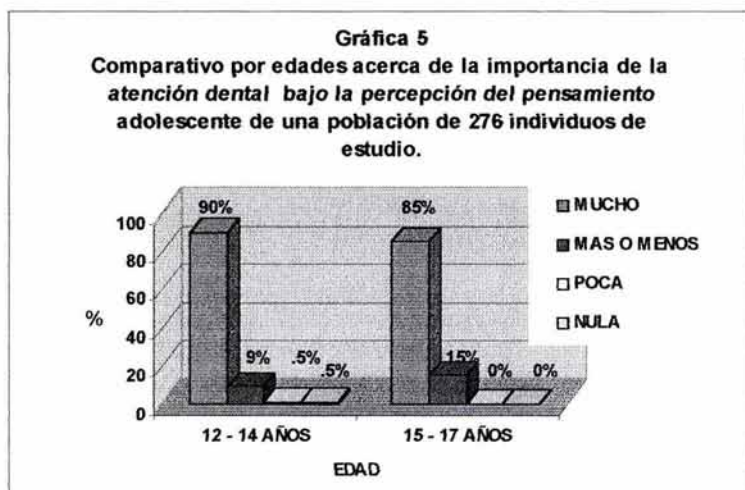
El comparativo acerca de la importancia que sugiere el adolescente acerca de la atención dental esta representada porcentualmente en la gráfica 4.

La importancia que sugiere la población adolescente perteneciente al grupo de estudio indica que para este conjunto social la atención dental representa un valor importante (F 92%) (M 84%), y puede percibirse un pequeño número de mayor afluencia en el grupo masculino (16%) acerca de una importancia en grado regular (F 7%), acerca de la solicitud de atención dental. El valor mínimo o nulo (1%) solo es percibido por parte del grupo femenino, el masculino solo considera dos posibilidades como respuesta.



Fuente directa

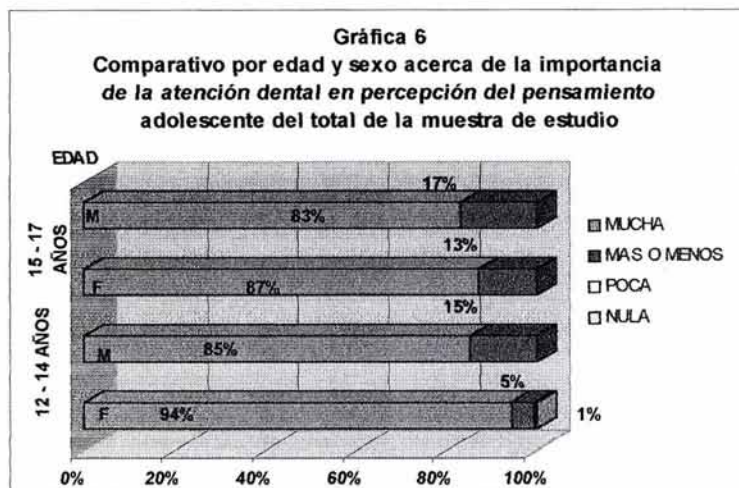
La gráfica 5 representa en un valor porcentual la solicitud que percibe la población adolescente con respecto a la atención dental en un rango comprendido entre los 12 - 14 años de edad a nivel general del grupo adolescente estudiado.



Fuente directa

La importancia de la atención dental generalmente es de gran apreciación por parte del grupo adolescente de estudio (90% 12-14 años) (85% 15-17 años), y solo una parte mínima perteneciente a esta población de estudio refiere poca o nula importancia (1% en total 12-14 años) (0% 15-17 años), así como también un porcentaje muy bajo indica que existe un grupo minoritario que le confiere una apreciación regular en ambos sexos (9% 12-14 años) (15% 15-17 años), presentando una mayor influencia sobre este aspecto en el grupo masculino.

La gráfica 6 muestra una comparación separada por edad y sexo acerca de la importancia que aprecian en la atención dental el grupo adolescente de estudio.

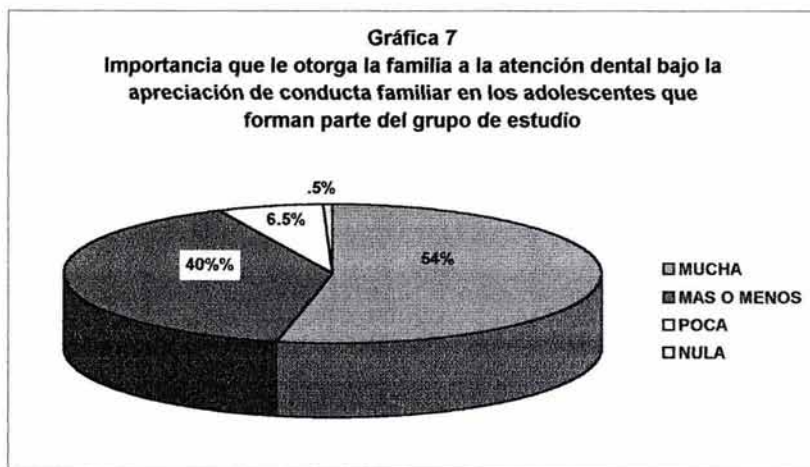


Fuente directa

La gráfica de comparativo en valor porcentual demuestra que la mayor parte de la población adolescente de estudio admite la importancia en la atención del cuidado dental, dicha importancia es mayor (94%) en el subgrupo de 12-14 años de sexo femenino y tiende a hacerse menos presente conforme el crecimiento por edad se presenta, es decir que el subgrupo masculino de 12-14 años admite una importancia de mayor valor en un (85%), el subgrupo femenino de 15-17 años estima un (87%), y en el subgrupo masculino de 15-17 años asume un (83%) en valor en importancia, lo que puede indicar un decrecimiento en la importancia de la atención dental conforme avanza la edad decrecimiento. Así pues la escala de valor regular aumenta de 12-14 años en sexo femenino y masculino, hacia la edad de 15-17 años en el mismo orden sexual, teniendo así en este orden (5, 15 13 y 17%) en escala media de importancia mayor en el grupo

masculino en ambas subetapas, y solo 1% en escala mínimo y nula importancia en presencia del grupo femenino de la población de estudio dentro de la edad comprendida entre los 12-14 años.

La gráfica 7 participa sobre el grado de importancia que otorga la familia (padre y madre) del grupo adolescente de estudio, a la atención dental dentro de su propio ámbito familiar bajo la consultoría de las propias acciones y percepciones observadas.

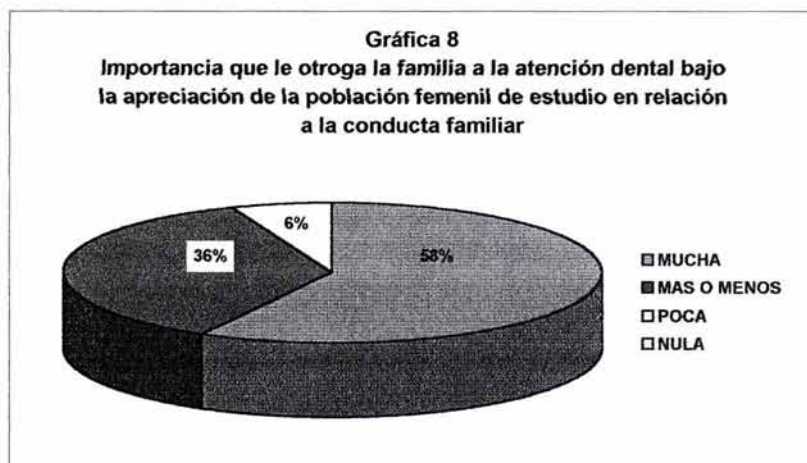


Fuente directa

Bajo la propia percepción del adolescente perteneciente al grupo de estudio basándose en la conducta de los padres hacia la atención dental dirigida hacia su persona, los adolescentes determinaron en un porcentaje del 54% en el que la mayoría de los padres le atribuyen una importancia de valor considerable a la atención dental; un 40% condujo hacia una respuesta regular, un 6.5% hacia una conducta mínima y solo un .5% dedujo una interpretación nula hacia ese contexto.

La gráfica 8 representa porcentualmente la importancia por parte del sexo femenino en relación directa de sus padres bajo el comportamiento de estos hacia la solicitud dental.

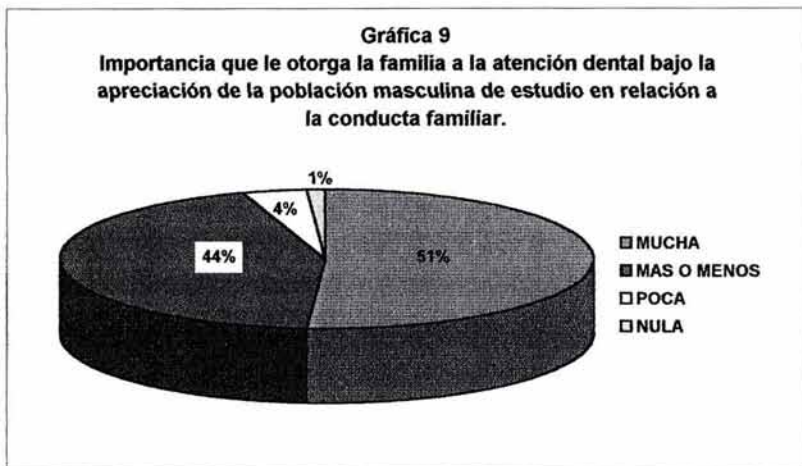
Dentro del subgrupo femenino de la población de estudiantes encuestados el 58% refiere una importancia de valoración importante hacia la atención dental en relación directa a su cuidado dental, un 36% refleja una importancia regular, y solamente un 6% advierte sobre un comportamiento mínimo en relación directa a la solicitud del cuidado dental.



Fuente directa

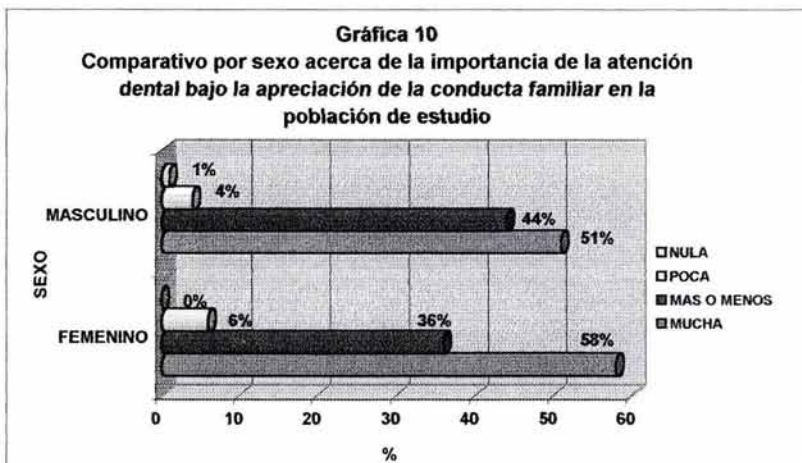
La gráfica 9 expone el grado de importancia en valores porcentuales acerca de la atención dental familiar en relación directa con el cuidado dental del adolescente participante en el grupo de estudio.

El 51% de la población masculina refiere una mayor importancia por parte de la familia en la solicitud dental hacia ellos mismo, el 44% representa una importancia de valor regular, el 4 % refiere un valor mínimo y solo un 1% advierte sobre la valoración nula hacia este contexto.



Fuente directa

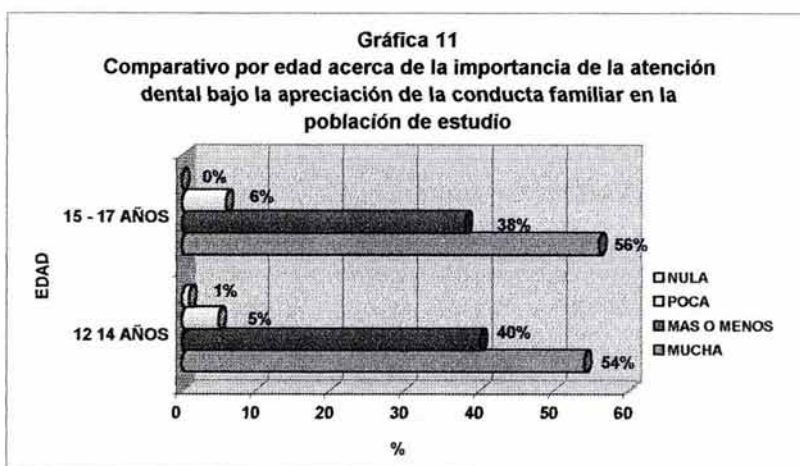
La gráfica 10 hace referencia comparativa entre los dos grupos por sexo acerca de la relación directa que le otorga su familia a la atención del cuidado dental.



Fuente directa.

La gráfica ejemplifica que la familia de casi el 50% del total de adolescentes encuestados, muestra una importancia de gran valor hacia el cuidado dental de la población de estudio, siendo ligeramente mayor en el grupo femenino (58%), la importancia en valor regular tiene mayor presencia en el subgrupo masculino (44%) sobre la población femenina, así como también un mayor porcentaje en el comportamiento mínimo hacia tal solicitud (6%). La nulidad de la importancia en el cuidado dental por parte de la familia es en un porcentaje mínimo de 1% de única presencia en el grupo masculino de estudio.

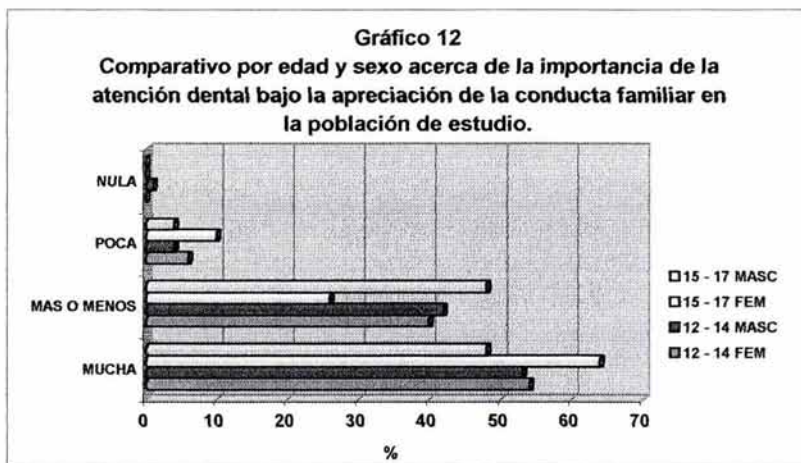
La gráfica 11 representa un comparativo por edades en rangos de 12-14 y 15-17 años acerca de la importancia que le otorga la familia de los adolescentes de estudio.



Fuente Directa

En esta gráfica se observa que el subgrupo de 15 – 17 años admite una importancia de valor máximo (56%) hacia el cuidado dental por parte de su familia, al igual que el subgrupo de 12 – 14 años (54%); la valoración regular hacia este respecto es de mayor cuantía en el grupo de 12 – 14 años (40%) en comparación con el subgrupo de 15 – 17 años (38%), el valor mínimo en grado de importancia hacia el cuidado dental por parte de la familia esta representado por un 6% en la población de 15 – 17 años y decrece a un 5%, es decir con un 5% en total en la población de 12 – 14 años, la nulidad con relación a este tema solo se presentó con un 1% en la población de 12 – 14 años.

La gráfica 12 hace un comparativo por edad y sexo acerca del grado de importancia que le otorga la familia al cuidado dental en relación ala edad y sexo que representa el grupo adolescente de estudio.



Fuente directa

Los valores porcentuales se establecen den la siguiente tabla:

**Porcentaje de la población adolescente de estudio
por rangos de edad y sexo.**

	12 - 14 FEM	12 - 14 MASC	15 - 17 FEM	15 - 17 MASC
MUCHA	54%	53%	64%	48%
MAS O MENOS	40%	42%	26%	43%
POCA	6%	4%	10%	4%
NULA	0%	1%	0%	0%

El comparativo demuestra que el grupo comprendido entre los 15 – 17 años del sexo femenino admiten una observación de mayor grado por parte de sus padres acerca de la importancia hacia su cuidado dental (64%), seguido por el grupo femenino de 12 – 14 años con una representación del 54%; el grupo masculino de 12 - 14 años contiene por un 53% y el último grupo en valor de 48% en relación con este contexto.

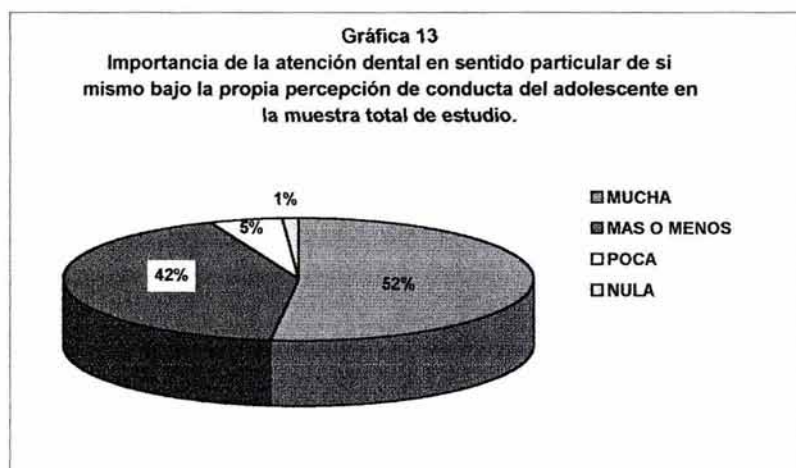
La valoración de mediana importancia hacia este respecto ese desglosa de la siguiente manera en porcentajes de mayor a menor grado porcentual, 43% en el grupo masculino de 15 – 17 años, 42% en el grupo de 12 – 14 años del sector masculino, el 40% en el grupo femenino de 15 – 17 años y un 26 % hacia el grupo femenino de 12 – 14 años.

La valoración en un mínimo de importancia está dada en primer lugar hacia el grupo femenino de 15 – 17 años con un 10%, le siguen el grupo también femenino de 12 – 14 años con un 6%, y después los grupos masculinos de respectivos rangos de edad con un 4% para cada subgrupo

La nulidad de importancia sólo se presentó en el sector de 12 – 14 años de sexo masculino con un 1%.

Las siguientes seis gráficas representan la conducta propia del grupo adolescente en estudio conforme a al importancia otorgada a su propio cuidado dental

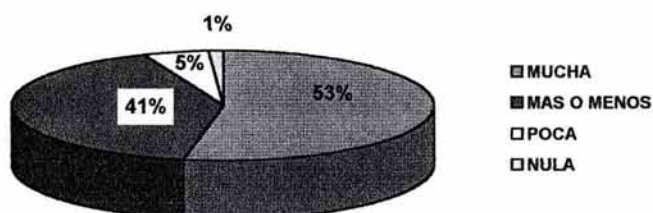
La importancia real que le conceden los adolescentes a su propio cuidado dental se representa de manera general en la gráfica 13, con lo que se determina que la mitad de la población adolescente (52%) que forma parte del estudio le otorga un valor importante hacia el cuidado dental propio, el 42% de este total observa una importancia media, 5% admiten tener una valoración mínima, y solo el 1% le confiere una importancia nula.



Fuente propia. *directa*

La importancia otorgada por el grupo femenino del total de la población de adolescentes pertenecientes al estudio esta representada porcentualmente en la gráfica 14.

Gráfica 14
Importancia acerca de la atención dental en un sentido particular en percepción de su propia conducta de la población adolescente total de estudio de agrupación femenil.



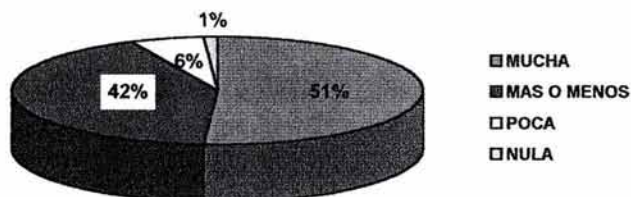
Fuente directa.

La importancia que le otorga el grupo femenino a su propio cuidado dental está representado en grados de valoración, confiriendo el de mayor importancia un 53%, de importancia regular un 41%, de mínima importancia un 5%, y de nula importancia un 1%.

La representación esquemática porcentual sobre la importancia que le confiere el grupo masculino adolescente de estudio está representado en la gráfica 15.

La gráfica representa a un 51% del total de la población masculina perteneciente al grupo de estudio el cual le confiere una valoración de mayor importancia al cuidado propio dental, el valor medio corresponde a un 42%, el valor mínimo otorgado es de un 6%, y en este grupo existe un porcentaje de 1% con respecto a la nulidad en grado de importancia con respecto a este contexto.

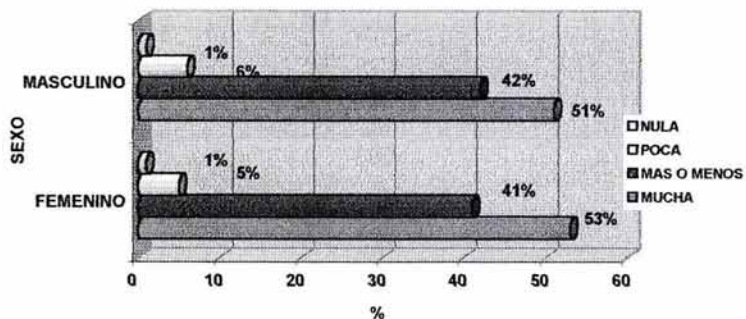
Gráfica 15
Importancia de la atención dental en un sentido particular en percepción de la propia conducta de la población total de estudio de agrupación masculina.



Fuente directa.

La gráfica 16 muestra el comparativo en cuantificación porcentual acerca del cuidado propio que tiene la población de estudio determinando los elementos físicos tales como el sexo representativo.

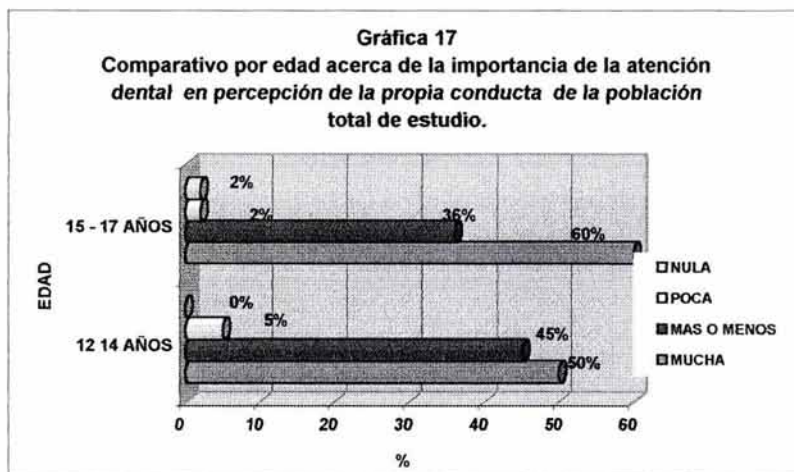
Gráfica 16
Comparativo por sexo acerca de la importancia de la atención dental en percepción de la propia conducta de adolescente de la población total de estudio.



Fuente directa

La gráfica muestra un mayor porcentaje en el grupo femenino acerca del cuidado propio que le otorga el adolescente a su cuidado dental (53%), la agrupación masculina tiene un mayor porcentaje con respecto al sexo femenino en cuanto a un cuidado de tipo regula (mas o menos) representado por un 42%, en este comparativo se registra también el porcentaje que otorgan los adolescentes hacia una importancia mínima al cuidado dental hacia su propia persona en el cual se muestran un 6% en la población masculina, en comparación con un 5% de la población femenina. La valoración nula con respecto a este tema, representa solo un 1% en ambos sexos en el grupo adolescente que comprende este estudio.

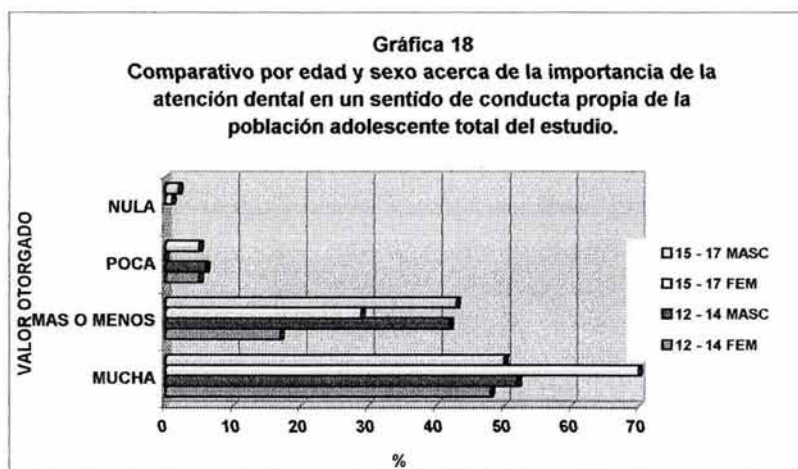
La gráfica 17 representa un comparativo general por edades, determinando la importancia del cuidado dental en relación con la etapa incipiente de la adolescencia en contraparte con una etapa ya establecida dentro de la misma.



. Fuente directa

La población perteneciente al rango entre los 15-17 años observa un mayor cuidado dental dentro de su comportamiento (60%), en comparación con el subgrupo de 12-14 años (50%), la valoración de comportamiento regular con respecto a este tema, es mayor en el grupo comprendido entre los 12-14 años con un 45% sobre un 36% representado por el grupo de 15-17 años; la importancia mínima otorgada a esta conducta es mayor en adolescente entre los 12-14 años (5%), en comparación a un 2% en la población comprendida entre los 15-17 años. La nulidad en grado de importancia solo es conferida a la población adolescente de 15-17 años con un 2%, la población comprendida entre los 12 – 14 años no participa en esta valoración.

La gráfica 18 muestra un comparativo entre la población adolescente de estudio a saber de su edad y sexo.



Fuente directa.

La porcentualidad de la gráfica se determina en razón de la siguiente tabla de valores:

Porcentaje por edad y sexo, acerca de importancia al cuidado dental en un sentido propio de la población de estudio.

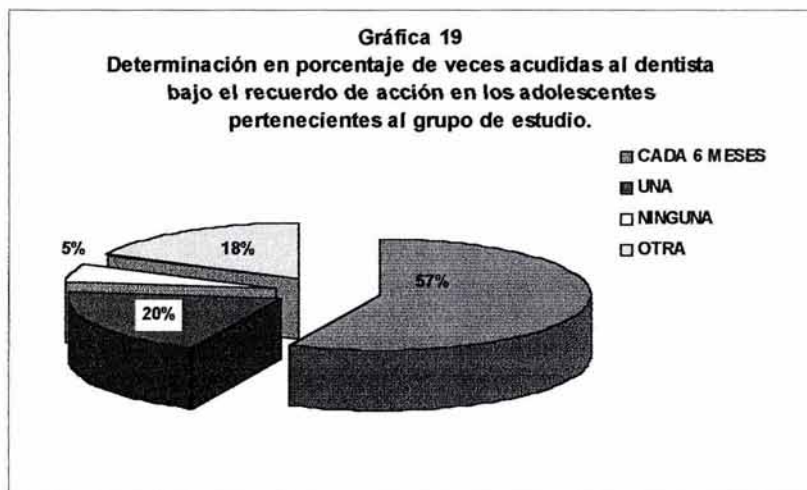
	12 - 14 FEM	12 - 14 MASC	15 - 17 FEM	15 - 17 MASC
MUCHA	48%	52%	70%	50%
MAS O MENOS	17%	42%	29%	43%
POCA	5%	6%	0%	5%
NULA	0%	0%	1%	2%

Existe un alto porcentaje en la población femenina comprendida entre los 15-17 años que le confieren una mayor importancia al cuidado dental (70%), el menor porcentaje dentro de esta valoración se da también por parte del grupo femenino en la edad contemplada entre los 12-14 años con un 48%; el grupo masculino tiene un 52% dentro de esta misma escala de solicitud dental, y el 50% de la población comprendida entre los 15-17 años de esta misma población le confiere al cuidado dental un grado alta al cuidado dental propio.

La valoración regular esta dada en el grupo masculino en el rango de 15-17 años (43%) y de 12-14 años (42%), la población femenina presenta una mínima presencia en esta valoración presentando la población de adolescentes del sexo femenino entre los 15-17 años un 17%, y un 29% en la población conjunta de 12-14 años de edad.

La valoración mínima con respecto al propio cuidado dental tiene un porcentaje mayor en la población masculino de 12-14 años, se muestra dentro de este comparativo gráfico un porcentaje equivalente de 5% en el sexo femenino de 12-14 años, y la población de sexo masculino de 15-17 años; el grupo femenino de 12-14 años no contempla en esta valoración de importancia respecto al cuidado dental de forma personal.

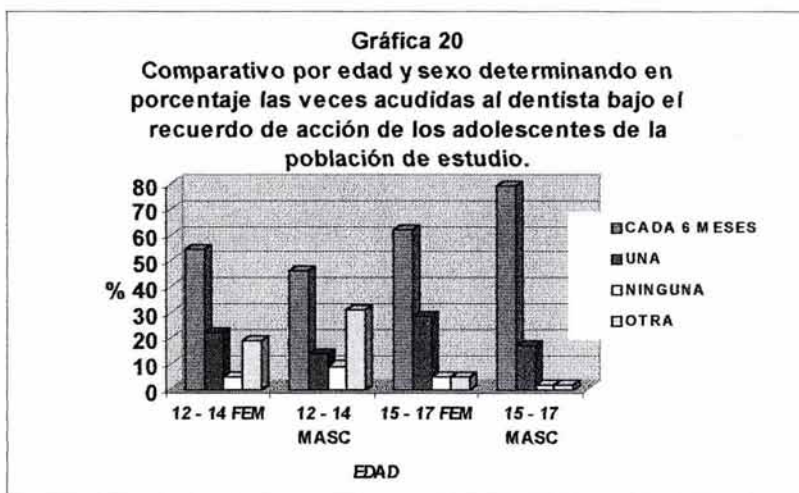
La gráfica 19 representa porcentualmente las veces presentes en recuerdo de consulta dental a lo largo de su pensamiento consciente, determinando y confirmando la acción familiar conforme a la importancia que le otorga al cuidado dental del grupo d estudio.



Fuente directa.

El grupo de estudio refiere que la mayor parte de esta población acude cada 6 meses al dentista (57%), el 20% refiere haber acudido (sobre la base de referencia de recuerdo) una sola vez dentro de su recuerdo consciente un 5 % refiere no haber acudido alguna vez a consulta y un 18% observa una variante conforme a la asistencia al odontólogo que va desde cada mes (por tratamiento), hasta 3 a 5 veces al año sin definir la relación exacta de su concurrencia.

La gráfica 20 ejemplifica una comparación de edad sexo acerca de las veces acudidas a consulta dental con referencia en el recuerdo consciente.



Fuente directa.

Los valores porcentuales se presenta en la siguiente tabla.

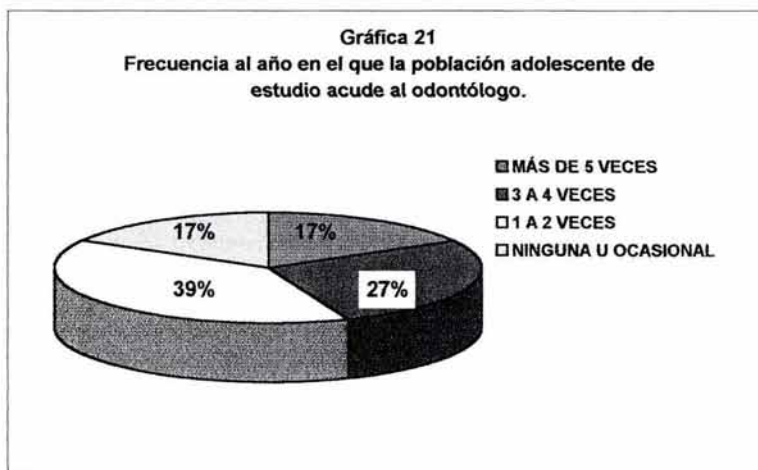
Porcentaje de las veces acudidas al dentista en la población adolescente de estudio en rangos de edad y sexo

	12 - 14 FEM	12 - 14 MASC	15 - 17 FEM	15 - 17 MASC
CADA 6 MESES	54%	46%	62%	79%
UNA	22%	14%	28%	17%
NINGUNA	5%	9%	5%	2%
OTRA	19%	31%	5%	2%

La población masculina entre los 15-17 años refiere haber acudido con mayor frecuencia cada 6 meses a consulta dental (79%), y el menor porcentaje está dado dentro de este marco por la población masculina de 12-14 años.

La población que observa ninguna o no recuerda haber acudido a consulta odontológica es la población masculina de una edad comprendida entre los 12-14 años de edad.

La gráfica 21 muestra las veces al año en la que el grupo adolescente de estudio acude a consulta dental.

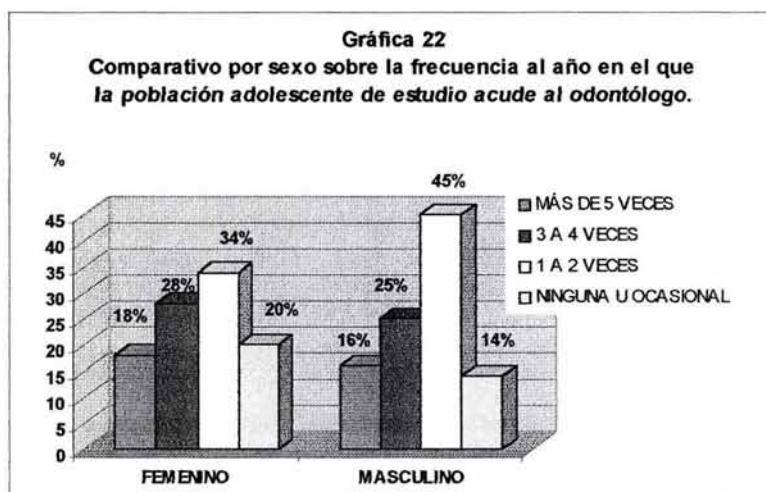


Fuente directa.

Los valores se asignaron conforme a rangos específicos en los cuales se determinó que la población adolescente en general en mayor porcentaje (39%) admite acudir al dentista de 1 a 2 veces al año (periodo recomendado de consulta habitual), un 27% refiere acudir entre 3 a 4 veces al año, y existe la presencia de un 17% en acudir más de 5 veces al año (en la mayoría de los casos por presentarse a tratamiento de corrección dental), y de igual manera se observa un 17% en la cual la población adolescente refiere acudir de forma ocasional o ninguna a consulta odontológica.

La gráfica 22 es un comparativo por sexo sobre la frecuencia a la que acuden a consulta dental al año.

La frecuencia de periodo recomendado para consulta habitual está observada en mayor porcentaje en la población adolescente masculina (45%), contra un 34% de la población femenina; la mayor advertencia sobre la solicitud de consulta dental de referencia ocasional o de forma alguna, se muestra en mayor porcentaje en el grupo femenino de adolescentes de estudio con un 20% sobre un 14% que presenta el grupo masculino.

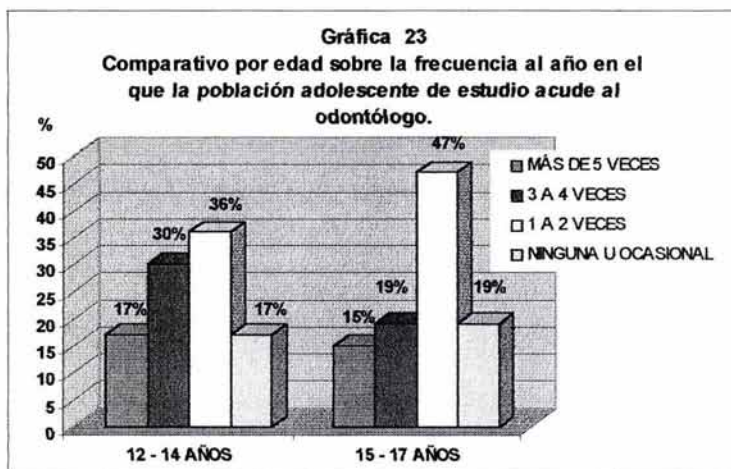


Fuente directa.

La gráfica 23 muestra un comparativo por edad acerca de la frecuencia al año con la que se acude al dentista.

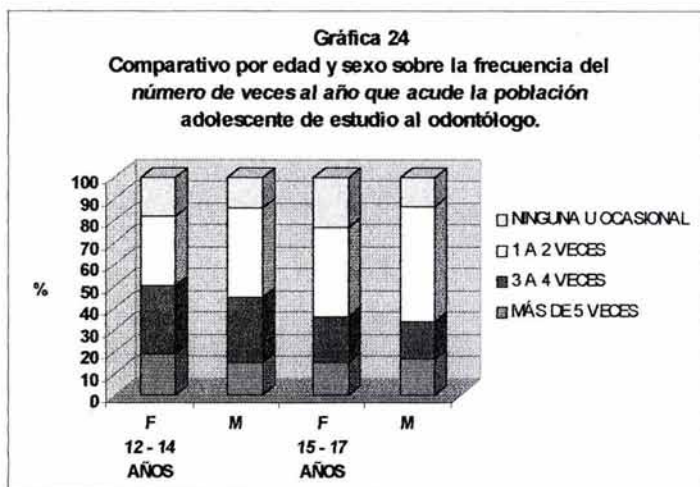
La ejemplificación muestra como se había mencionado anteriormente que la mayoría de la población de estudio acude de 1 a 2 veces al año a consulta dental, así pues, se determina también que el grupo comprendido entre los 15 a 17 años es el que acude con mayor frecuencia a tales

consultorías (47%), aunque también presenta un porcentaje sobre el hecho de acudir ocasionalmente o de forma nula a consulta dental



Fuente directa.

La gráfica 24 nos ejemplifica un comparativo por edad y sexo acerca de la frecuencia con la que acuden los adolescentes al odontólogo determinando con esto el comportamiento que sugiere de la conducta familiar en relación con la atención dental.



Fuente directa

Los datos porcentuales acerca de la relación entre estos resultado se muestran en la siguiente tabla.

Frecuencia de veces acudidas al año a consulta dental por el grupo adolescente de estudio en rangos de edad y sexo

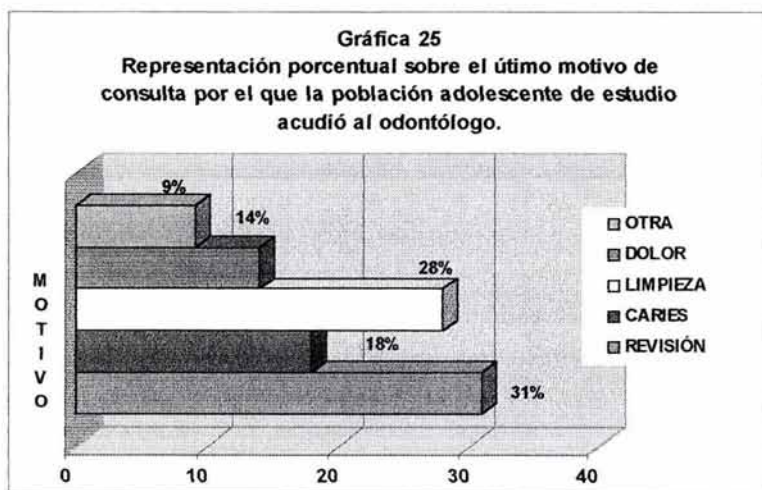
	12 - 14 AÑOS		15 - 17 AÑOS	
	F	M	F	M
MÁS DE 5 VECES	19%	15.5%	15%	17%
3 A 4 VECES	31%	29%	21%	17%
1 A 2 VECES	32%	41%	41%	52%
NINGUNA U OCASIONAL	18%	14.5%	23%	14%

Se observó que la población masculina con una edad entre los 15 – 17 años es la que con mayor frecuencia acude a consulta dental (52%), y la población femenina entre los 12-14 años es la que refiere acudir en menor porcentaje de acuerdo a la frecuencia habitual recomendada de consulta odontológica; aún que en porcentaje elevado concerniente a este grupo femenino observa una atención frecuente (de mayoría terapéutica), con relación a su atención dental (19%).

La falta de atención participativa en referencia a este contexto muestra que la población femenina comprendida entre los 15 – 17 años observa una mínima participación de atención dental (23%), en comparación a un porcentaje mínimo presentado por la población masculina comprendida entre los 12 a 14 años (14.5%).

Las causa que motivaron la última asistencia a consulta odontológica se presenta en la gráfica 25.

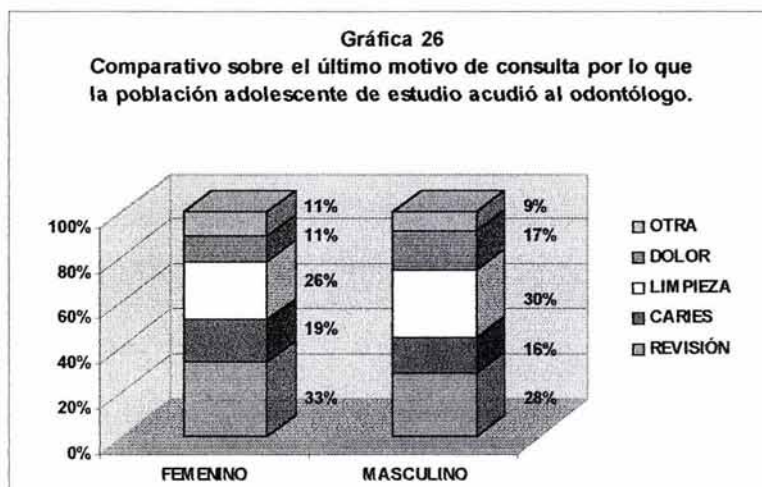
Se observa en la gráfica comparativa factorial que la población adolescente perteneciente a este estudio, hace referencia a la revisión bucal como factor causal de competencia de inspección clínica(31%), un 21% admite una referencia clínica de limpieza dental, el 18% observa tratamiento terapéutico de relación cariogénica, un 14% hace advertencia sobre dolor presente concerniente como primer punto de partida de la asistencia a consultoría dental y un 9% referencia casos varios de revisión dental (tratamientos varios).



Fuente directa.

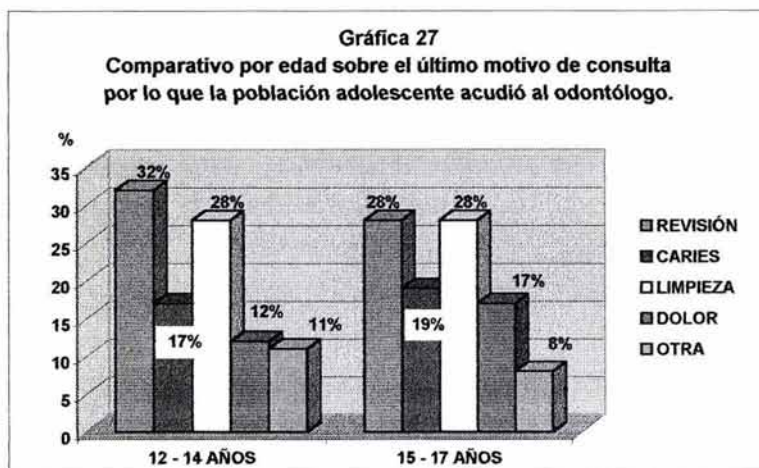
La gráfica 26 muestra un comparativo por sexo sobre la causa de asistencia a consulta odontológica.

Se observó que la mayoría de la población femenina acude al odontólogo por revisión (33%), en comparación con el sexo masculino (28%), se ejemplifica también relación directa de tratamiento ante procesos cariosos en la población femenina (19%) contra 16% de la población masculina; la población masculina refiere un mayor porcentaje (30%) con relación a un tratamiento profiláctico en comparación con un 26% de la población ante este mismo factor. La presencia de dolor como causal de consulta dental es de mayor proporción en los hombres (17%), sobre un 11% que presentan las mujeres; los factores diversos que influyen en asistencia a la consulta dental incluyen tratamientos o causas diversas.



Fuente directa.

La gráfica 27 muestra un comparativo por edad acerca de los motivos causales de la última visita al odontólogo.

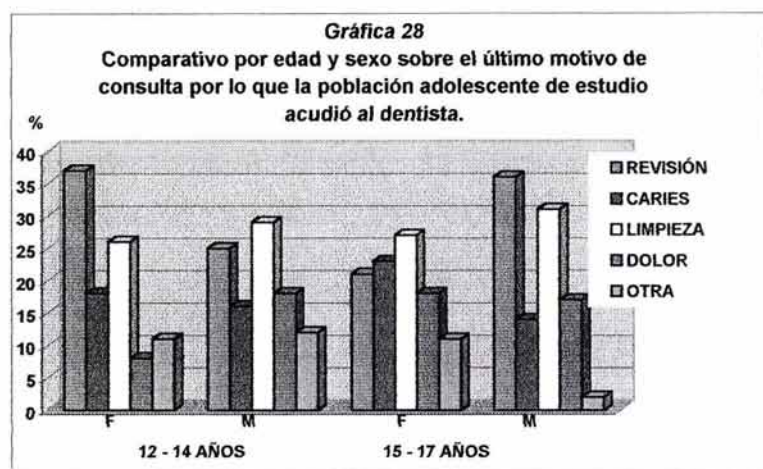


Fuente directa.

En la gráfica se muestra que la edad comprendida entre los 12-14 años admite acudir al odontólogo a revisión periódica (32%), sobre un 28% de la población de 15-17 años, se representa de forma equitativa en ambos subgrupos (28%) a un tratamiento profiláctico como motivo primordial de consultoría dental; el tratamiento de caries se ve enmarcado por un 19% de mayor presencia en el grupo de 15-17 años en comparación con un 17% de la población comprendida entre los 12 a 14 años de edad.

Los tratamientos de motivo doloroso hicieron mayor presencia en el subgrupo de 15-17 años (17%) sobre un 12% presente en el subgrupo de 12-14 años. Los tratamientos o causales diversas tuvieron un porcentaje de 8% en el grupo de 15-17 años y de 11% en la población adolescente entre los 12-14 años.

La representación esquemática porcentual de comparativo por edad y sexo se muestra en la gráfica 28.



Fuente directa.

La porcentualidad de las gráficas se muestra en la siguiente tabla de valores:

Porcentaje acerca del último motivo de consulta de la población adolescente de estudio por rangos de edad y sexo.

	12 - 14 AÑOS		15 - 17 AÑOS	
	F	M	F	M
REVISIÓN	37%	25%	21%	36%
CARIES	18%	16%	23%	14%
LIMPIEZA	26%	29%	27%	31%
DOLOR	8%	18%	18%	17%
OTRA	11%	12%	11%	2%

Se percibe a través de esta representación que la población femenina de una edad comprendida entre los 12-14 años de edad es la que acude con mayor frecuencia sobre una causal somera de revisión dental en los motivos a su última visita al odontólogo (37%), el menor porcentaje perteneciente a este factor se concede al grupo femenino con un 21%.

El factor cariogénico como motivo de la última asistencia a consulta dental esta enmarcado en una mayor frecuencia por parte del grupo que comprende el grupo femenino de 15-17 años, en comparación con el grupo masculino de la misma edad con un 14%.

El motivo de profilaxia esta dado primeramente por la población masculina del conjunto de 15-17 años con un 31%, en contraste con un 26% registrado en la población femenina entre los 12-14 años.

La presencia de dolor como último motivo de consulta dental está enmarcado de forma equivalente por el grupo masculino de 12-14 años, y el grupo femenino de 15-17 años con un 18%, pero el 17% que presenta el grupo varonil de 15-17 años es de advertencia en contraste al 8% que presenta la población femenina entre los 12-14 años.

Los tratamientos o causas diversas presentan un porcentaje equivalente de 11% en el sexo femenino en ambos rangos determinados por edad; un 12% se determina para la población masculina comprendida entre los 12-14 años y solamente un 2% lo registra la población conjunta entre los 15-17 años del mismo sexo.

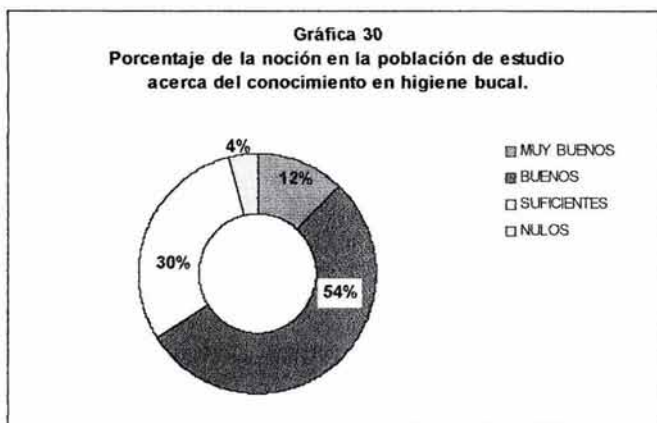
Para conocer y reconocer la importancia otorgada por los adolescentes al cuidado bucodental, es necesario determinar el grado de conocimientos que tiene acerca de la higiene dental y los factores que influyen en este proceso; las graficas que a continuación se presentan visualizan este contexto.

Las gráficas 29 y 30, ejemplifican los conocimientos calificados por la misma población de estudio acerca de la higiene bucal que observan.



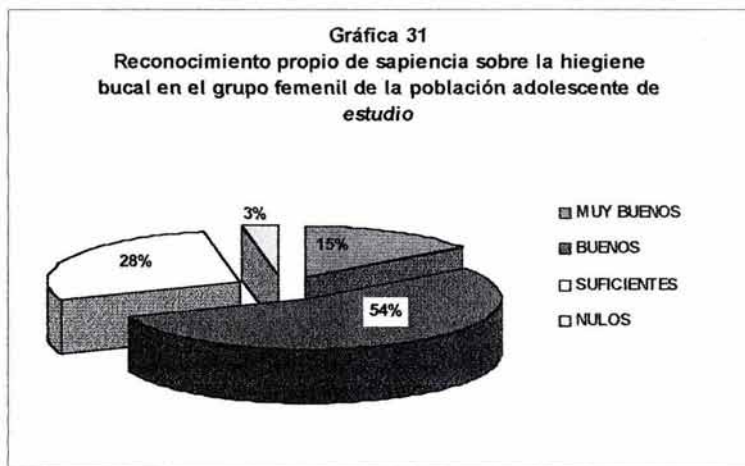
Fuente directa

La mayoría de los adolescentes encuestados refiere tener un conocimiento "bueno" acerca de la higiene bucal (54%), el 30% refiere un conocimiento suficiente, un 12% admite un conocimiento "muy bueno", y un 4% hace referencia sobre un conocimiento nulo.



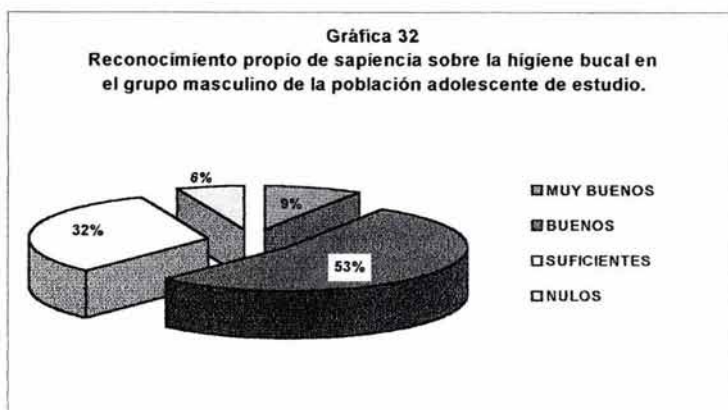
Fuente directa

Dentro de la población femenina (gráfica 31), se observó que un 54% admite tener conocimientos buenos en relación con la higiene bucal, un 28% observa un conocimiento suficiente, el 15% hace participe un conocimiento "muy bueno", y solo un 3% admite la contemplación de un conocimiento nulo.



Fuente directa.

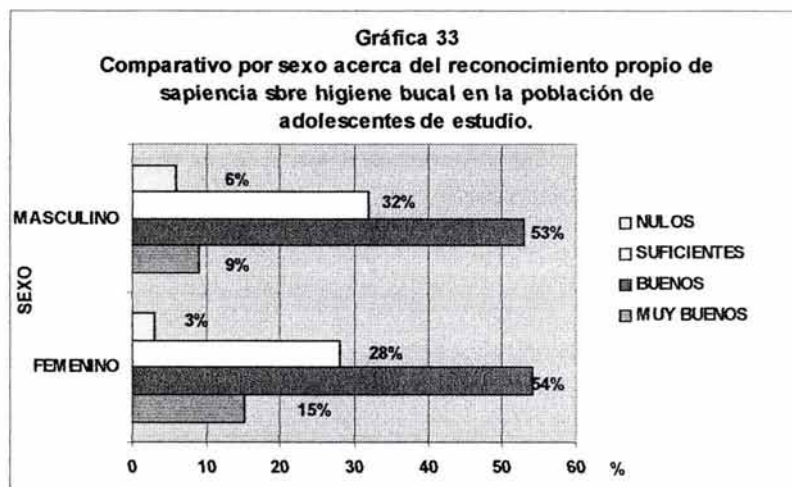
La gráfica 32 esquematiza el conocimiento base que tiene la población masculina dentro del grupo adolescente de estudio.



Fuente directa

El grupo masculino reconoce que un 53% de la población total de estudio observa conocimientos buenos de relación directa con higiene bucal, un 32% advierte un conocimiento suficiente, el 9% admite una contemplación de conocimientos “muy buenos”, y un 6% refiere un conocimiento nulo respecto a este tema.

La comparación por sexo con respecto al nivel de conocimiento propio que se observa en los adolescentes se muestra en la gráfica 33.



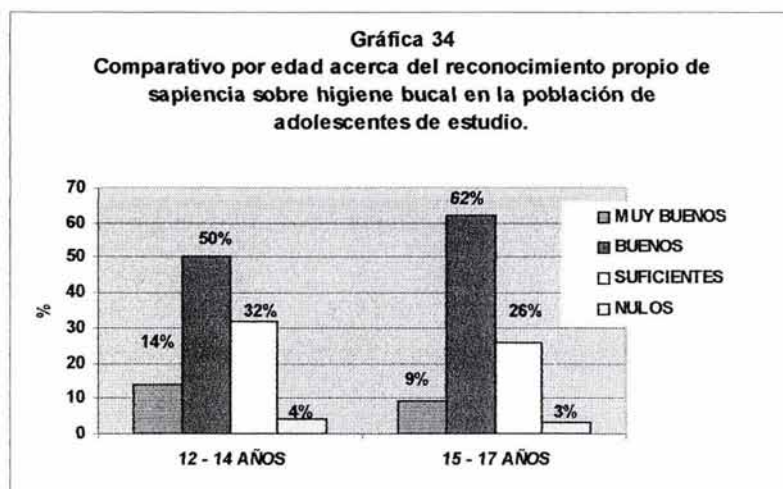
Fuente directa

Dentro de esta esquematización gráfica de comparativo se muestra que la mayor parte de la población adolescente encuestada hace referencia sobre un conocimiento bueno en relación con la higiene bucal; el conocimiento suficiente sobre este aspecto tiene un 32% en el grupo masculino que se observa elevado en comparación al grupo femenino que presenta un 28%.

La referencia sobre conocimientos determinados como “muy buenos”, presenta un mayor porcentaje en la población femenina (15%), en relación con el 9% presentado por la población masculina, la nulidad de conocimientos hace mayor escrutinio en la población masculina (6%), que en la población femenina (3%).

La determinación de conocimiento por rangos de edad se determina la esquematización gráfica 34, en la cual se muestra que un 62% del total del subgrupo por edad entre 15-17 años refiere tener un conocimiento bueno en relación con el factor de higiene bucal, el 50% de la población entre los 12-14 años refiere este mismo grado de conocimiento.

El grado de suficiente esta representado en mayor proporción en la población comprendida entre los 12-14 años, mientras que la población de 15-17 representa un 26% dentro de este grado valorativo.



Fuente directa.

El conocimiento deseado clasificado como "muy bueno" tiene mayor representatividad en el grupo de adolescentes de 12-14 años(14%), mientras que el grupo de 15-17 años esta representado solamente por un 9%; la nulidad de conocimientos presenta un mayor porcentaje en la población de 12-14 años (4%), en tanto que los que pertenecen al rango de 15-17 años observan un 3%.La gráfica 35 representa un comparativo por edad y sexo acerca del conocimiento que percibe para sí el grupo adolescente de estudio.

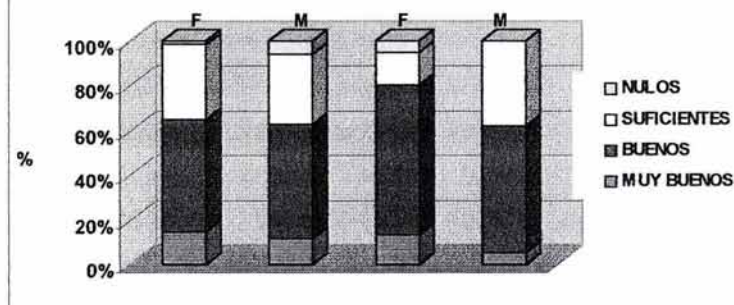
Los valores porcentuales se presenta en la siguiente gráfica.

Porcentaje de la noción acerca de la higiene bucal en la población adolescente de estudio por rangos de edad y sexo.

	SEXO	MUY BUENOS	BUENOS	SUFICIENTES	NULOS
12 - 14 AÑOS	F	15%	50%	33%	2%
	M	12%	51%	31%	6%
15 - 17 AÑOS	F	13%	67%	15%	5%
	M	5%	57%	38%	0%

A través de este comparativo porcentual se advierte la mayoría de la población adolescente participante de este estudio admite tener conocimientos buenos con relación a la higiene dental, el grupo que presenta un porcentaje mayor sobre este grado valorativo es la población femenino correspondiente a la edad de 15-17 años, la población que tienen el menor porcentaje en este campo valorativo es el grupo masculino en el rango de 12-14 años. Puede también observarse la presencia de un porcentaje en verdad importante de adolescente que admiten poseer información suficiente a este respecto, el 38% de este grupo está representado por el compendio masculino con una edad de 15-17 años como el porcentaje de mayor relevancia en este sentido, y un 15% de la población femenina de 15-17 años con el menor porcentaje perteneciente a este grado de valoración de conocimiento de higiene bucal.

Gráfica 35
Comparativo por edad y sexo acerca del reconocimiento propio de sapiencia sobre higiene bucal en la población adolescente de estudio.



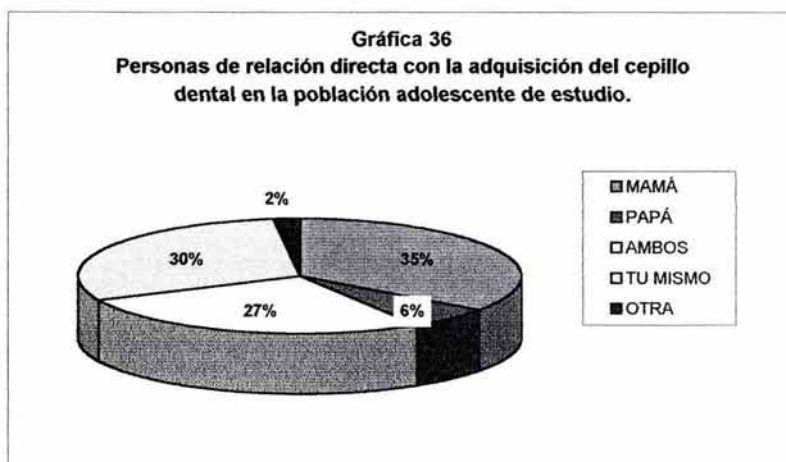
Fuente directa.

Existe un porcentaje relativamente bajo en individuos que refieren poseer un conocimiento nulo acerca de la higiene bucal, presentado el porcentaje más alto el grupo masculino de 12-14 años (6%), y no siendo representativo (0%) dentro del mismo género pero bajo el rango de 15-17 años, el grupo femenino presenta un 5% en el grupo de 15-17 años, y el grupo restante posee un 2%.

Los conocimientos clasificados como "muy buenos", obtienen su mayor porcentaje en la población femenina comprendida entre los 12-14 años, y con el porcentaje más bajo en este grado se encuentra la población masculina del rango de 15-17 años, con un 5%.

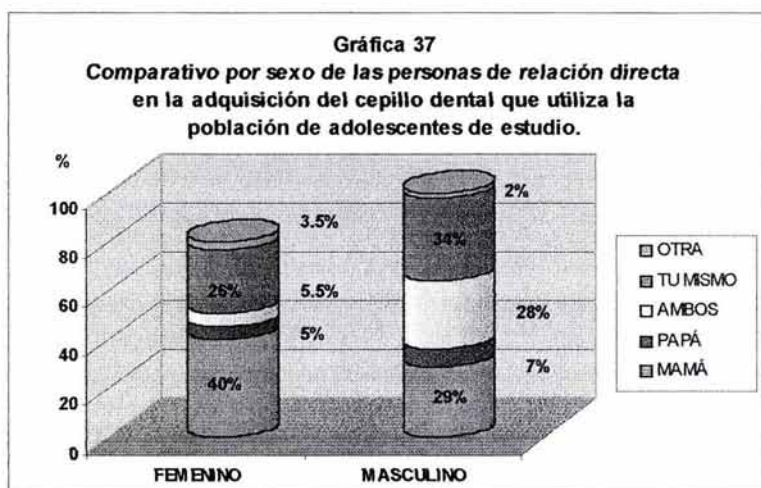
Para obtener un punto de referencia real acerca del conocimiento en cuanto a higiene bucal en los adolescentes se establecieron preguntas que nos permitieron reconocer el tipo de comprensión que tiene el grupo de estudio con relación al tipo de cepillo y pasta dental utilizado, y la acción del flúor dental, así como la participación en actitudes habituales y el uso de métodos auxiliares como: hilo dental, enjuague bucal, cepillado lingual, observando también los factores que los involucran. Las gráficas siguientes representan lo anterior.

La gráfica 36 muestra la participación familiar y personal en la adquisición del cepillo dental.



Fuente directa

La mayor parte de la población adolescente refiere que la persona con mayor participación en la adquisición de su propio cepillo dental es la madre (35%), le sigue un porcentaje de 30% en donde se hace alusión a que es el mismo adolescente quien adquiere su cepillo dental, un 27% del total de la población adolescente admite que tanto el padre como la madre tiene participación activa en la compra del cepillo dental, un 2% hace referencia al padre solamente como autor participativo, y el 6% es representado por participantes que no contienen dentro de alguno de estos grupos de clasificación. (abuelos, tíos, cualquiera, etc.)



Fuente directa.

La representación gráfica muestra que la mayor parte del grupo femenino (40%) admite el hecho de que es la madre quien se encarga de la adquisición de su cepillo dental, mientras que solo el 29% del grupo masculino hace referencia a esta situación, así, la población masculina refiere que son ellos mismos quienes se encarga de adquirir de forma propia el cepillo dental que utilizan (34%), en comparación a un 26% en la población femenina.

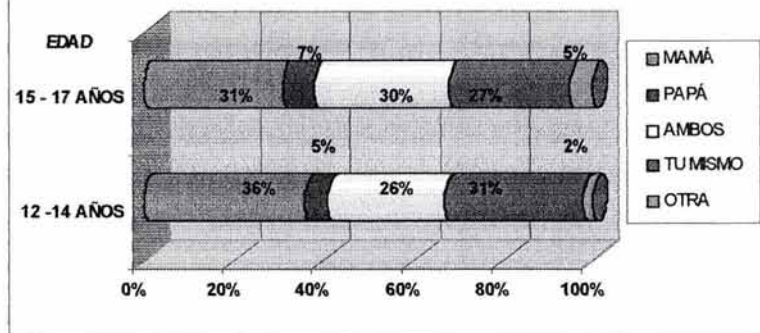
El grupo varonil refiere en mayor porcentaje (28%), sobre el hecho de que ambos padres tienen relación directa con la compra del cepillo dental para ellos, a diferencia de las mujeres que solamente representan en el mismo punto un 5.5%.

La interferencia del padre solo es aceptada en un porcentaje mayor en el grupo masculino (7%), y un 2% es reconocido por el grupo femenino; la adquisición por personas no registradas en esta clasificación, pero que se denominan como otras son representadas por un 3.5% en la población femenil, y un 2% en la población varonil.

El comparativo sobre este mismo contexto de adquisición en cuanto al cepillo dental, es estudiado también bajo los rangos establecidos por edades ya vistos anteriormente. Así la gráfica 38 muestra el comparativo por edades para determinar hasta que edad tienen mayor participación los padres, y cuando puede observarse ya una implicación directa por parte del adolescente en relación con la adquisición del cepillo dental que utiliza.

El comparativo por edad nos muestra que la edad que mayor referencia con relación a la participación activa de la madre es el del grupo de 12-14 años (36%), de un 31% en el grupo de 15-17 años, sin embargo, también hace referencia sobre un mayor porcentaje en la participación personal sobre este aspecto, mientras que el grupo de 15-17 representa un 27%.

Gráfica 38
Comparativo por edad de personas de relación directa en
la adquisición del cepillo dental que utiliza la población
adolescente de estudio.



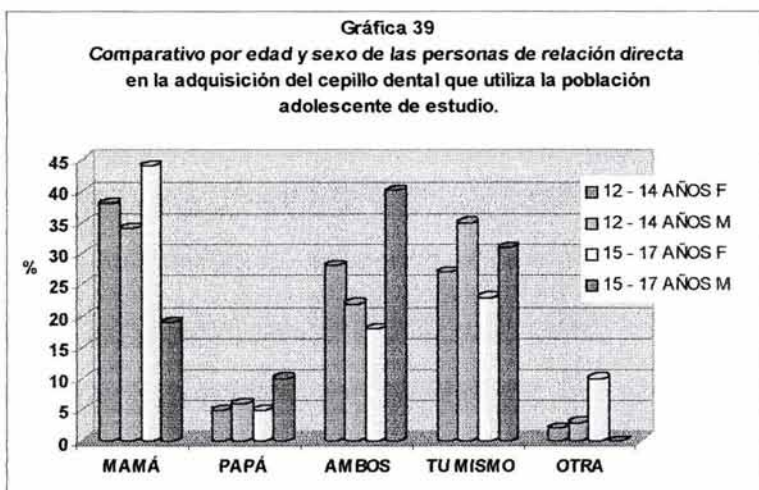
Fuente directa.

La participación de ambos padres es mayor en la población de 15-17 años (30%), mientras que en la población de 12-14 años la representa en un 26%. Los adolescentes entre los 15-17 años hacen referencia sobre una participación representada en un 7% por parte del padre, y el grupo de 12-14 lo representa con un 5%. La participación de personas diversas en este ámbito es de mayor porcentaje en la agrupación de 15-17 años (5%), mientras que la agrupación comprendida entre los 12-14 años sólo hace una referencia al 2%.

Los valores porcentuales de la gráfica 39 se presentan en la siguiente tabla

Personas que tiene relación directa con la adquisición de cepillo dental en la población de estudio.

	12 - 14 AÑOS		15 - 17 AÑOS	
	F	M	F	M
MAMÁ	38%	34%	44%	19%
PAPÁ	5%	6%	5%	10%
AMBOS	28%	22%	18%	40%
TU MISMO	27%	35%	23%	31%
OTRA	2%	3%	10%	0%



Fuente directa

La gráfica 39 hace un comparativo por edad y sexo acerca de las personas que tienen relación directa con la adquisición del cepillo dental, en ella se observa que la población femenina entre los 15-17 años admite que la madre es la persona con mayor presencia en la adquisición del cepillo dental (44%) y que son los hombres de este mismo rango de edad los que confieren un porcentaje bajo a este respecto (19%).

La participación activa por parte del padre es más frecuente según la porcentualidad dada en la población masculina entre los 15-17 años (10%), y se hace menor referencia en las mujeres de ambas etapas de clasificación (5%).

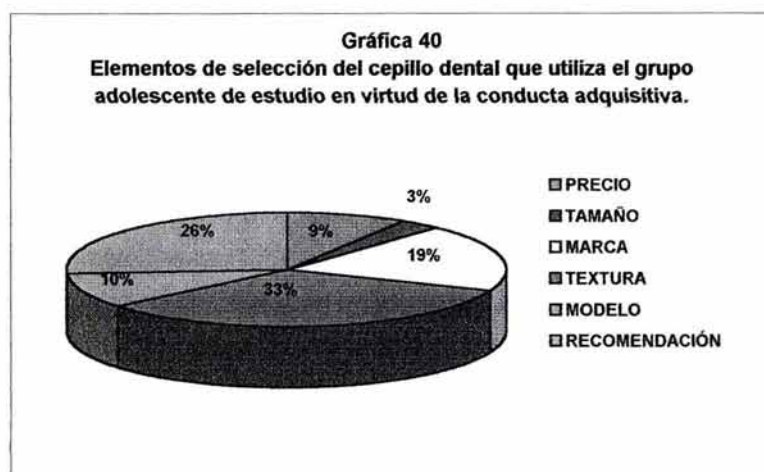
La intervención por ambos padres esta representada con un porcentaje mayor (40%) por parte de la agrupación masculina de 15-17 años, y es menor en la población femenina de la misma edad (18%)

La observación en la adquisición del cepillo dental bajo su propia acción es mostrada con mayor presencia sobre el grupo masculino con una edad entre los 12-14 años (35%), y es menos presente en la población femenina de 15-17 años (23%).

La participación variable en cuanto a la adquisición de este articulo es de mayor presencia en la agrupación femenina de 15-17 años (10%), mientras que la población masculina del mismo sexo no presenta porcentaje alguno en esta clasificación.

La gráfica 40 expone los factores que influyen sobre la compra del cepillo dental que utiliza la población de estudio.

El mayor porcentaje está representado en virtud de la textura que presenta el cepillo dental (33%), la recomendación como parte de la selección del cepillo dental que utiliza la población adolescente de estudio se refleja en un porcentaje del 26%, tal recomendación es hecha por diferentes personas como los son los mismos padres, hermanos y el odontólogo en menor parte.

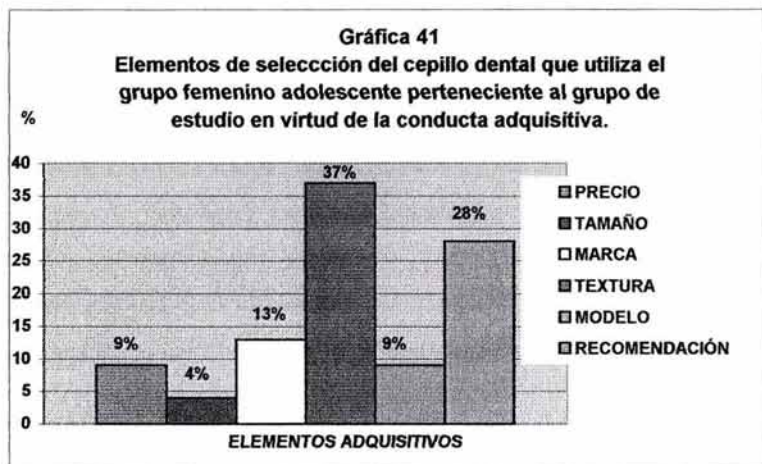


Fuente directa.

La selección a través de la marca es representada por un 19%, el modelo se representa con un 10%, el 9% se observa en relación con el precio, y un 3% con relación al tamaño.

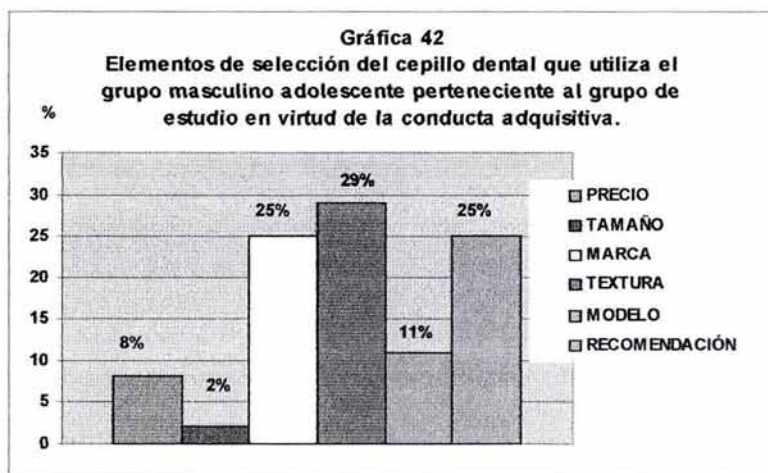
La influencia de los factores que determinan la compra del cepillo dental en la población femenina se ejemplifican en la gráfica 41.

El mayor porcentaje de los factores que influyen en la compra del cepillo dental es la textura, la cual es representada con un 37%, le sigue un 28% otorgado hacia la recomendación que como se mencionó anteriormente es dada a través de diferentes personas; el 13% de la población femenina reconoce que la marca del cepillo dental influye en la adquisición de este, un 9% determina de forma equivalente al costo y el modelo como determinantes para su adquisición y un 4% hace referencia al tamaño para su selección.



Fuente directa.

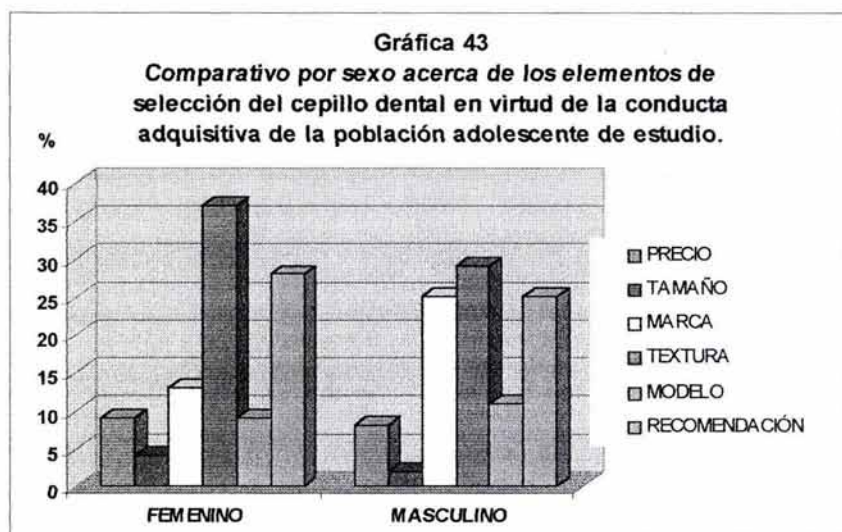
Los factores de influencia en la población masculina se ejemplificarán en la gráfica 42.



Fuente directa.

El factor que influye con mayor presencia en el grupo masculino para la adquisición del cepillo dental es la textura (29%), la marca y la recomendación presentan un porcentaje equivalente del 25%, el modelo representa un 11%, el precio se observa en un 8% de la población y solo un 2% hace referencia al tamaño del cepillo para su adquisición.

La comparación sobre estos factores determinados por el sexo se establece en la gráfica 43.



Fuente directa.

Los porcentajes relacionados con la gráfica 43 se establecen en la siguiente tabla.

**Porcentaje de la población de estudio por edad y sexo
acerca de los factores que intervienen en la adquisición de
su cepillo dental.**

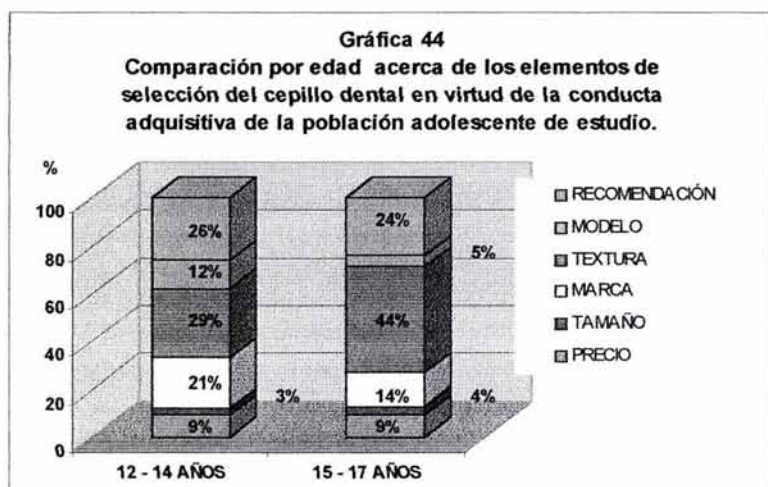
	FEMENINO	MASCULINO
PRECIO	9%	8%
TAMAÑO	4%	2%
MARCA	13%	25%
TEXTURA	37%	29%
MODELO	9%	11%
RECOMENDACIÓN	28%	25%

El factor más determinante en la elección del cepillo dental es sin duda la textura del cepillo dental, ya que ambos grupos determinados por sexo presentan un porcentaje elevado en relación con esta, 37% para el grupo femenino y 29% para el masculino.

El segundo factor que influye en la elección del cepillo es la recomendación (dada por diversas personas no tipificadas para un análisis), el cual se representa por un 28% para el sexo femenino y un 25% para el masculino, sin embargo este último presenta un porcentaje igual para asignar a la marca como factor de 2da influencia, el sexo femenino presenta un 13% al respecto de este factor.

El modelo del cepillo dental se establece en un 11% en la población masculina y un 9% en la población femenina, y por último la observación acerca del tamaño presenta un mayor porcentaje en la población femenina (4%), sobre un 2% presente en la población masculina.

La relación de estos factores y su intervención en los rangos determinados para la edad se representan en la gráfica 44.

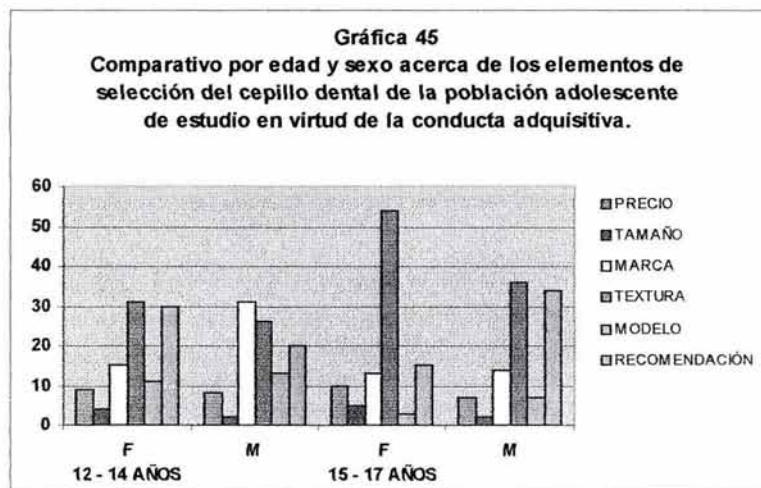


Fuente directa.

El análisis en comparativo por edad no hace referencia que la textura es de mayor importancia en la población perteneciente al rango de 15-17 años (44%), presentándose un 29% en la población de 12-14 años, la recomendación solo varía en un 2% sobre ambas edades, presentándose así un 26% en el grupo de 12-14 años y un 24% en la población de 15-17 años, existe una mayor influencia hacia la marca por parte del grupo de 12-14 años (21%), sobre un 14% en la población de 15-17 años, así como también sobre el modelo, ya que de igual forma se presenta en un 15% sobre un 5% en el rango de 12-14, 15-17 años respectivamente.

El factor precio o costo tiene un porcentaje semejante en ambos rangos de edad (9%), y el tamaño es un poco de mayor consideración en la agrupación de 15-17 años (4%), sobre un 3% en el grupo de 12-14 años.

La gráfica 45 representa un comparativo por edad y sexo acerca de los factores que influyen en la adquisición del cepillo dental.



Fuente directa

Los porcentajes de este comparativo se presentan en la siguiente tabla.

Factores representado en la población de estudio que interfieren en la compra del cepillo dental por rangos de edad y sexo.

	12 - 14 AÑOS		15 - 17 AÑOS	
	F	M	F	M
PRECIO	9%	8%	10%	7%
TAMAÑO	4%	2%	5%	2%
MARCA	15%	31%	13%	14%
TEXTURA	31%	26%	54%	36%
MODELO	11%	13%	3%	7%
RECOMENDACIÓN	30%	20%	15%	34%

El grupo femenino entre los 15-17 años hace mayor referencia en base a la textura del cepillo para su elección (54%), la importancia menor con respecto a este punto es dado también por parte del grupo femenino pero de una edad que comprende entre los 12-14 años (26%).

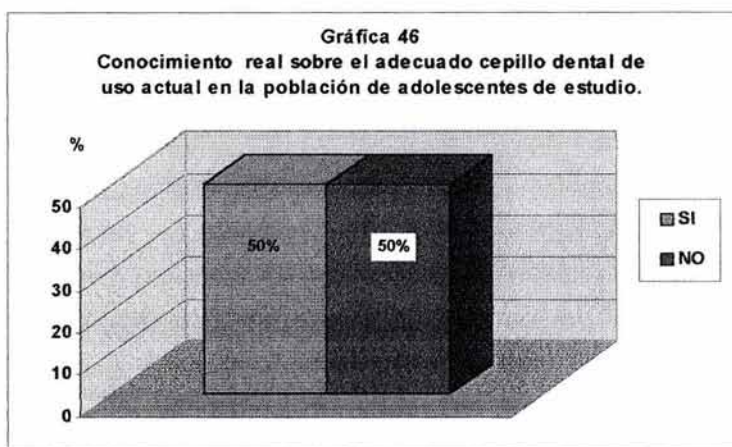
El grupo masculino de 15-17 años observa un porcentaje mayor (34%) con relación a la recomendación para la adquisición de este producto, en contraste con las mujeres de la misma edad que solo observan un 15%.

La marca del producto tiene mayor influencia sobre el grupo masculino de 12-14 años (31%) en contraparte con el 13% que presenta el grupo femenino de 15-17 años; algo similar se presenta en relación con el modelo que es representado bajo un 13% sobre un 3% en la misma distribución por edades que el factor anterior.

El costo influye más sobre el pensamiento de adolescente entre los 15-17 años representándose un porcentaje del 10% para la población femenina, discerniente a un 7% para la población masculina de la misma edad.

El tamaño del cepillo tiene mayor repercusión sobre el sexo femenino de 15-17 años a diferencia del 2% que presenta la población masculina en ambos rangos diferenciales de edad.

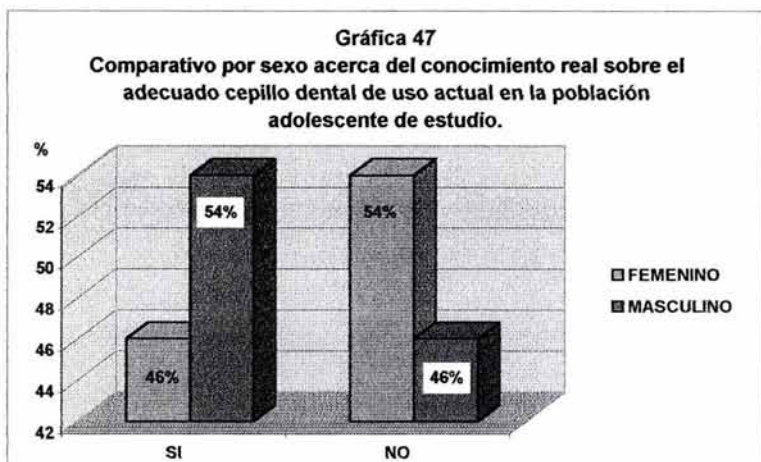
Bajo esta perspectiva se adjuntan los resultados obtenidos acerca de la noción real del cepillo dental de elección y utilización actual, en función de obtener respuestas sobre el calificativo positivo o negativo, determinando el adolescente si el cepillo de elección es el adecuado para él.



Fuente directa.

El 50% de la población adolescente refiere que en verdad el cepillo dental que utiliza actualmente es el adecuado para él; el 50% restante admite lo contrario.

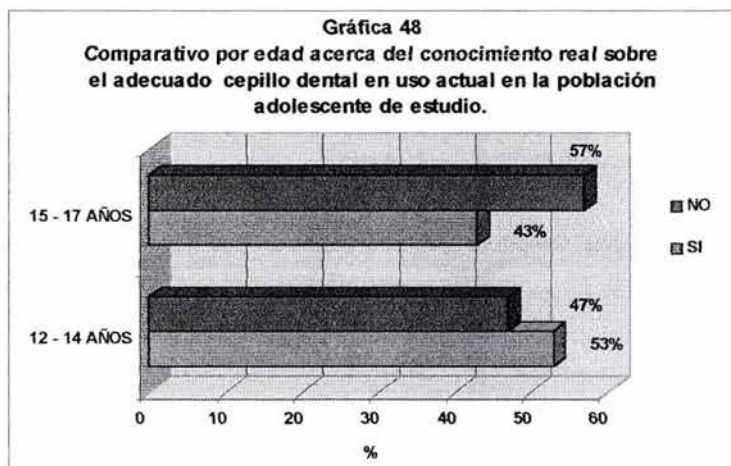
La gráfica 47 refleja un comparativo por sexo acerca del conocimiento real sobre el adecuado cepillo dental de uso actual en la población adolescente de estudio.



Fuente directa

El mayor porcentaje de la población masculina reconoce de forma positiva que el cepillo que actualmente usa es el apropiado para ellos (54%), solo el 46% del total de la población femenina reconoce que el cepillo dental de utilización actual es el apropiado para ellas; así el 46% de la población masculina y el 56% de la femenina, admiten desconocer si el cepillo dental que utilizan es el adecuado.

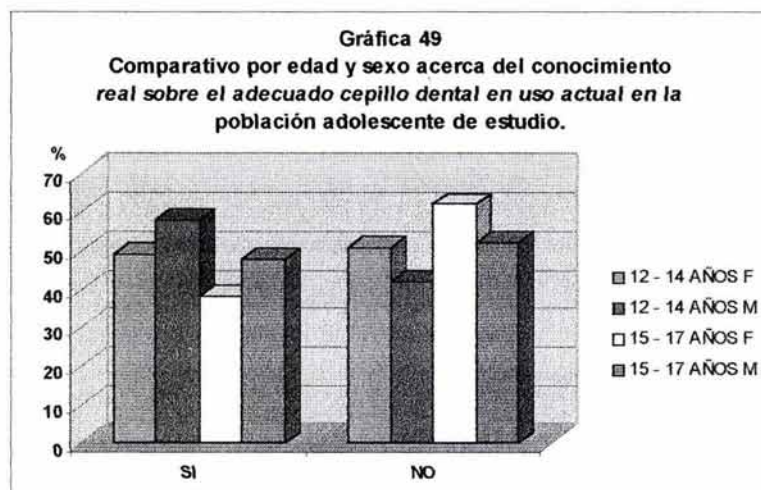
La determinación por edades sobre esta aplicación es representada en la gráfica 48, en esta se determina que la población de 12-14 años es la que admite conocer que el cepillo dental que utiliza es el adecuado otorgándosele un 53% en comparación con el otro grupo (15-17 años), el cual presenta un porcentaje de 43% de la población comprendida en este rango, que reconoce afirmativamente su conocimiento con respecto a este hecho.



Fuente directa.

Así se muestra también, que un 57% de la población de 15-17 años desconoce saber si el cepillo dental que utiliza es el adecuado para ella, en comparación con el 47% del otro grupo (12-14 años) que forma parte de este desconocimiento.

La gráfica 49 ejemplifica comparativamente por edad y sexo el conocimiento o no en función de la noción de reconocer si el cepillo dental es el adecuado para la población de estudio.



Fuente directa.

Los valores porcentuales de la gráfica 49 se establecen en la tabla adyacente.

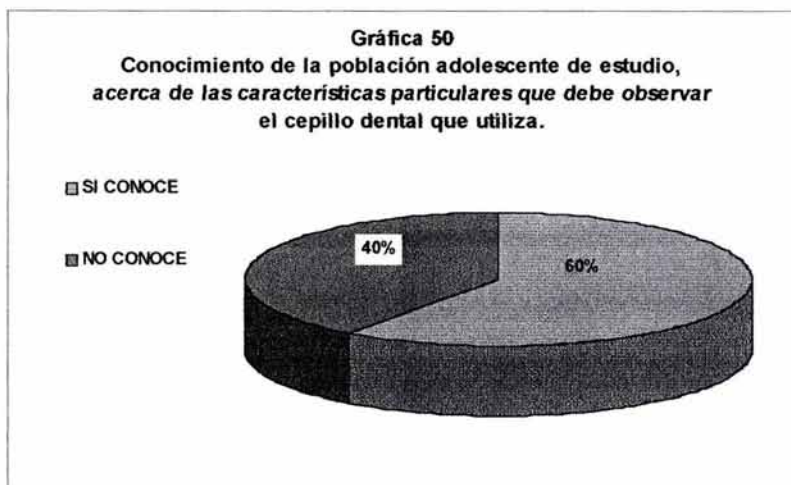
Porcentaje por edad y sexo de la población de estudio acerca del conocimiento sobre la noción acerca del cepillo dental que actualmente utiliza.

	12 - 14 AÑOS		15 - 17 AÑOS	
	F	M	F	M
SÍ	49%	58%	38%	48%
NO	51%	42%	62%	52%

La población masculina bajo el grupo de 12-14 años, es la que refiere saber en mayor grado porcentual (58%), que el cepillo que utiliza es el adecuado; el menor porcentaje con respecto a este conocimiento está dado por el grupo femenino de 15-17 años con una representación porcentual de 38%.

El desconocimiento acerca de la noción pertinente sobre si el cepillo dental que utiliza actualmente es el adecuado o no es representado con un valor porcentual de mayor relevancia en el grupo femenino de 15-17 años (62%), y es menor en el grupo masculino de 12-14 años (42%).

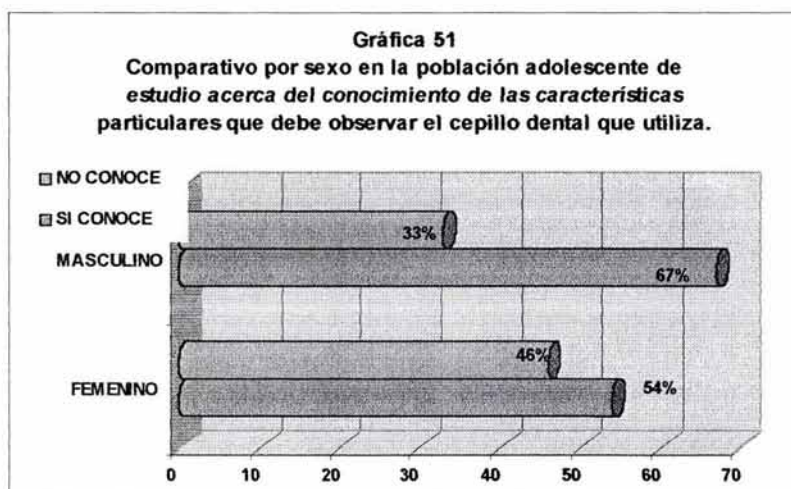
El conocimiento o noción acerca de las características particulares que debe tener el cepillo dental que utiliza se ejemplifica bajo la gráfica 50.



Fuente directa.

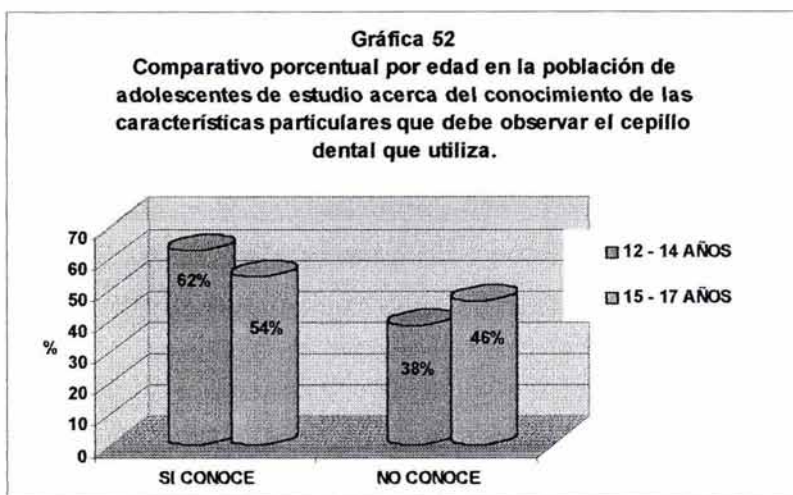
Un 60% de la población total de adolescentes encuestados admite conocer las características particulares que debe tener el cepillo dental que utiliza, solo un 40% admitió no conocerlas.

La gráfica 51 muestra un comparativo por sexo acerca de la noción con respecto a este punto, así se puede observar que grupo masculino hace alusión a su conocimiento sobre las características que debe tener el cepillo dental que utiliza (67%), en comparación con un 54% dado por el grupo femenino; presentándose así un 46% en la población femenina y un 33% en la población masculina que hacen referencia hacia un desconocimiento con relación a tales características.



Fuente directa.

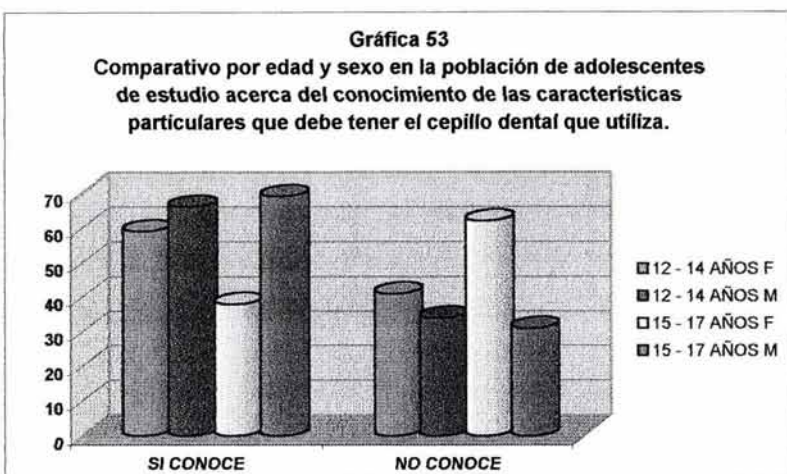
La gráfica 52 muestra un comparativo por edad y sexo acerca del conocimiento de las características que debe presentar el cepillo dental que utiliza la población adolescente de estudio.



Fuente directa.

La población de estudio que comprende entre los 12-14 años califica acertadamente su conocimiento en relación con las características particulares que debe observar el cepillo dental propio, y solo un 38% de esta población hace referencia hacia su desconocimiento; la población de 15.17 años adjudica un 54% de la población en noción de tales características, y el 46% restante de esta población admite lo contrario.

La gráfica 53 muestra un comparativo por edad y sexo acerca de la noción de las características particulares que debe observar el cepillo dental en uso.



Fuente directa.

Los valores porcentuales de la gráfica 53 son presentados en la tabla siguiente.

Porcentaje por edad y sexo acerca del conocimiento acerca de las características particulares que debe observar el cepillo dental en la población de estudio

	12 - 14 AÑOS		15 - 17 AÑOS	
	F	M	F	M
SI CONOCE	59%	66%	38%	69%
NO CONOCE	41%	34%	62%	31%

El mayor porcentaje basándose en el conocimiento de las características particulares que debe tener el cepillo dental que utiliza es el del grupo masculino de 15-17 años (69%), la población femenina de la misma edad es el grupo que presenta un porcentaje menor en comparación con los demás subgrupos (38%), por lo tanto esta población es la que tiene un mayor desconocimiento acerca de tales características (62%); la población de 12-14 años de sexo femenino se representa bajo un 59% y la masculina un 66% que admiten conocer las características de observación.

La pasta dental forma parte de la higiene bucal dentro de la cultura mexicana, pero es necesario precisar el uso en frecuencia, y los factores que determinan su adquisición, la gráfica numero 54 presenta el porcentaje total de personas que utilizan pasta dental en su higiene diaria

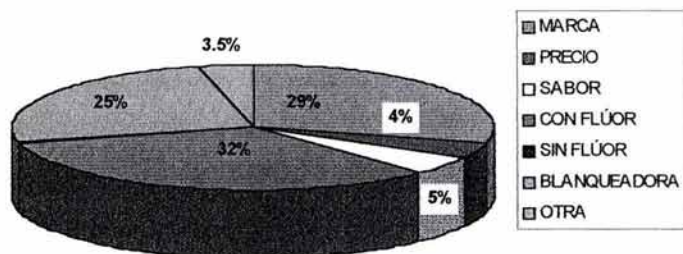


Fuente directa.

El 97% de la población total de adolescentes participantes en el estudio admitió haber utilizado pasta dental, solo el 3% advirtió sobre la falta de uso, este último factor está relacionado con factores económicos principalmente.

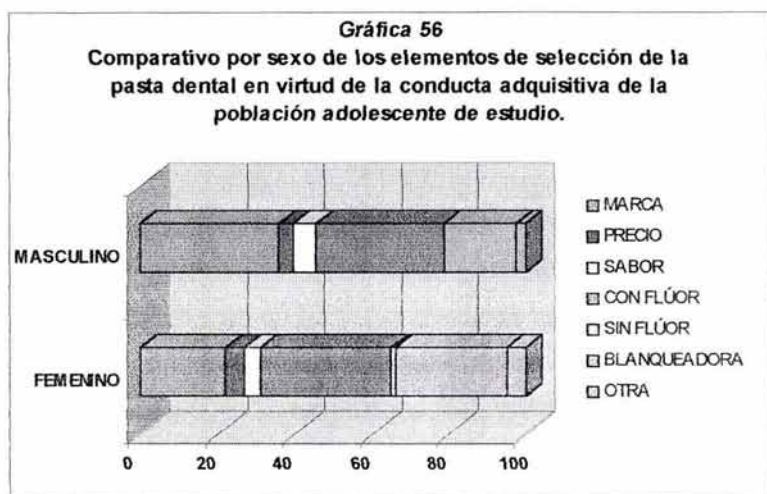
La gráfica 55 hace referencia hacia los factores que influyen sobre la compra de pasta dental según las conductas adquisitivas.

Gráfica 55
Elementos de selección de la pasta dental en virtud de la conducta adquisitiva de la población adolescente de estudio.



Fuente directa

El mayor porcentaje sobre la adquisición de la pasta dental se observa en relación con la presencia de flúor en esta, la cual es representada con un 32%, el 2do factor de determinante adquisitivo es la marca de la pasta que muestra un 29%, las pasta con acción blanqueadora o que tienen ingredientes para este fin hace presencia con un porcentaje de 25% sobre la población total de estudio; le sigue un 5% en el cual el sabor es un factor determinante para la adquisición de pasta, posteriormente con un 4% se incluyen a aquellas que carecen de flúor, y finalmente se encuentran las pastas con características varias que tienen una representación de 3.5%.



Fuente directa.

Los datos porcentuales de la gráfica 56 se muestran a continuación en la siguiente gráfica.

Porcentaje por sexo acerca de los factores que influyen en la adquisición de pasta dental en la población de estudio.

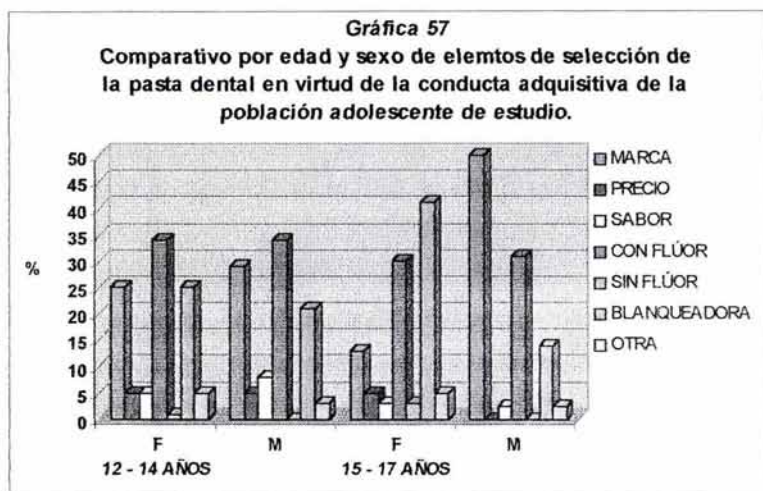
	FEMENINO	MASCULINO
MARCA	22%	36%
PRECIO	5%	3.5%
SABOR	4%	6%
CON FLÚOR	34%	33%
SIN FLÚOR	1%	0%
BLANQUEADORA	29%	19%
OTRA	5%	2.5%

El mayor porcentaje en la elección de pasta dentales hace referencia a la presencia de flúor, dentro de este grupo adquisitivo el sexo femenino es el que representa un mayor porcentaje en relación con este factor (34%), la población masculina refiere un 33%, sin embargo, este le confiere mayor importancia a la marca lo cual está representado con un 36% a diferencia del sexo femenino que le otorga un 22%.

La acción de blanquear los dientes se hace presente en forma notable (mayoritariamente en el sexo femenino), como uno de los factores que determina la adquisición del producto, así pues se representa con un 29% bajo el sexo femenino en contraste con un 19% del sexo masculino.

Los modificadores de costo y otros factores son representados de forma equivalente con un 5% en la población femenina, mientras que el sector masculino le confiere un 3.5 y 2.5 respectivamente; solo un 1% de la población femenina admite el uso de pastas dentales sin flúor, mientras que el sexo masculino no participa en este grupo.

La gráfica 57 muestra un comparativo por edad y sexo haciendo referencia sobre los factores que le son importantes para la adquisición de la pasta dental que utiliza la población de estudio.



Fuente directa

Los valores porcentuales de la gráfica 57 se presentan bajo la siguiente gráfica.

Porcentaje por edad y sexo acerca de los factores de influencia en la adquisición de pasta dental en la población adolescente de estudio

	12 - 14 AÑOS		15 - 17 AÑOS	
	F	M	F	M
MARCA	25%	29%	13%	50%
PRECIO	5%	5%	5%	0%
SABOR	5%	8%	3%	2.5%
CON FLÚOR	34%	34%	30%	31%
SIN FLÚOR	1%	0%	3%	0%
BLANQUEADORA	25%	21%	41%	14%
OTRA	5%	3%	5%	2.5%

La gráfica muestra un comparativo acerca de la población de estudio en la que se determina que existe un porcentaje alrededor de 30% en los cuatro grupos de clasificación, un 34% para la población de ambos sexo perteneciente al rango de 12-14 años, un 31% para el sexo masculino de 15-17 años, y un 30% para el sexo femenino.

El porcentaje dado hacia la marca, ocupa el 50% en la población masculina que refiere una edad de 15-17 años, en comparación con un 13% que presente el sexo femenino del mismo género; dentro del grupo de 12-14 años, el grupo masculino representa un 29%, mientras que el grupo femenino representa un 25%.

La acción blanqueadora en las pastas dentales es un factor que adquiere gran importancia al ser el 3er factor que determina la adquisición de un producto, así, bajo este comparativo se muestra que la población en la que más influye este factor es dentro del sexo femenino de una edad de 15-17 años con un 41%, le sigue el grupo femenino con una edad de 12-14 años con un 25%, un 21% esta representado por el grupo masculino de 12-14 años, y por último un 14% representado por el sexo masculino de 15-17 años.

El sabor de las pastas dentales es un factor en el cual el grupo adolescente no refiere gran porcentaje en sentido valorativo para su adquisición, a decir de esto la población de 12-14 años indica que el 8% del sexo masculino y el 5% para el femenino indica que el sabor es un factor que influye en ello para la adquisición de este producto; el grupo de 15-17 años indica que en el sexo femenino un 3% hace referencia a este aspecto, y que en el sexo masculino el 2.5% considera este factor.

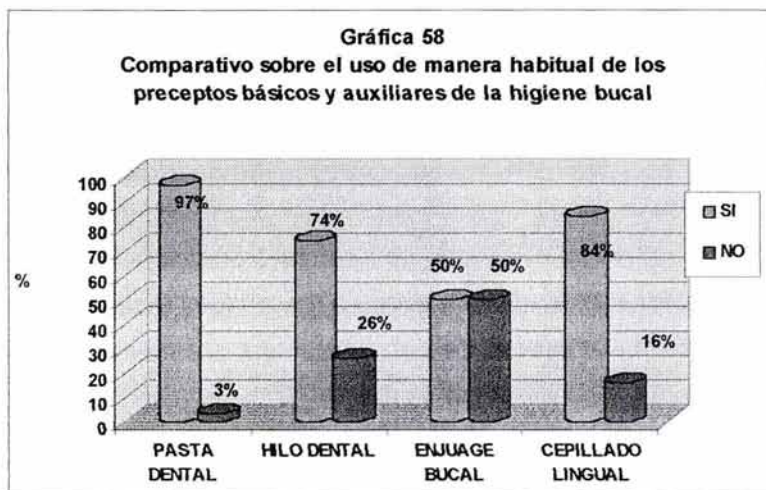
La referencia hacia la falta contenida de flúor en las pastas dentales hace referencia solo dentro un del sexo femenino, el cual le confiere un 3% en el grupo de 15-17 años, mientras que en el grupo de 12-14 años solo se representa con 1%.

El costo de las pastas dentales es representado como factor de influencia en un 5% en el grupo de 12-14 años en ambos sexos, mientras que en el grupo de 15-17 años solo el sexo femenino le otorga el mismo porcentaje, ya que el sexo masculino no participa dentro de este grupo de clasificación.

La población femenina de ambos rangos de edad observa un 5% en relación con la presencia de otros factores que conllevan a la adquisición de pasta dental, en el grupo de sexo masculino, la población comprendida entre los 12-14 años representa un 3%, mientras que la de 15-17 años es de 2.5% con respecto a estos valores de adquisición.

La gráfica 58 nos muestra un comparativo general sobre el uso o desuso de productos auxiliares, así como de conducta de relación directa sobre la higiene bucal.

La gráfica representa que el 97% utiliza pasta dental para la higiene bucal habitual y que solo un 3% no lo hace, dentro de esta higiene el 84% refiere cepillarse la lengua habitualmente mientras que un 16% no lo realiza, el 50% de la población de estudio admite utilizar enjuague bucal, mientras que el otro 50% no lo hace; un 74% de la población hace referencia al uso de hilo dental en uso habitual, mientras que un 26% no lo hace.



Fuente directa.

La gráfica representa que el 97% utiliza pasta dental para la higiene bucal habitual y que solo un 3% no lo hace, dentro de esta higiene el 84% refiere cepillarse la lengua habitualmente mientras que un 16% no lo realiza, el 50% de la población de estudio admite utilizar enjuague bucal, mientras que el otro 50% no lo hace; un 74% de la población hace referencia al uso de hilo dental en uso habitual, mientras que un 26% no lo hace.

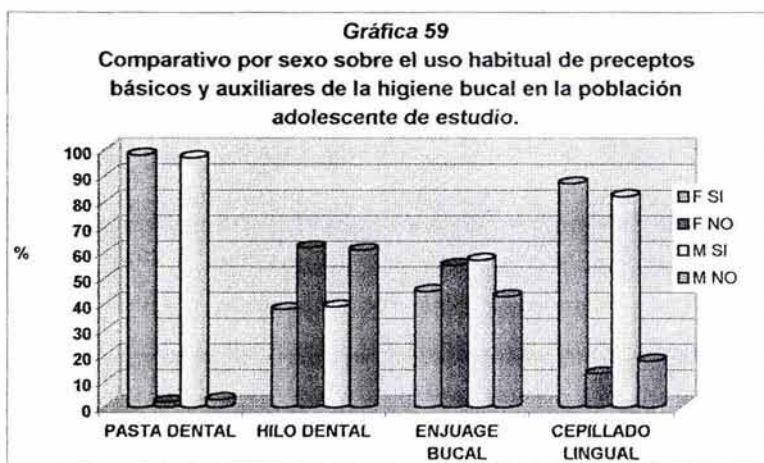
El factor económico influye en el 3% de desuso de pasta dental, así como también participa en el 50% con relación al enjuague bucal, sin embargo dentro de este porcentaje se encontró que parte de este grupo porcentual hacen referencia a la falta de costumbre y relación en el sabor (muy fuerte) que influyen para el uso de este producto.

El 16% que refiere la falta de cepillado lingual, es por desconocimiento sobre la importancia que esta tiene dentro de la higiene bucal y una técnica inadecuada en relación con el cepillado (ardor, dolor y nausea provocada).

El 26% que hace referencia al desuso de hilo dental dentro de la participación habitual de su higiene bucal, es debido generalmente a una técnica inadecuada o falta de desconocimiento hacia ella.

Dentro de este análisis gráfico, se establece que el 50% de la población que hace uso del enjuague bucal de forma habitual lo hace bajo la presencia de obtener un "buen" aliento, pero dentro de este grupo también se hace referencia de aquellos que lo utilizan en sustitución de un cepillado dental.

El gráfico 59 refiere un comparativo por sexo acerca de los factores arriba mencionados de relación directa a la higiene bucal.



Fuente directa.

Los valores porcentuales de esta clasificación valorativa se presenta en la siguiente tabla.

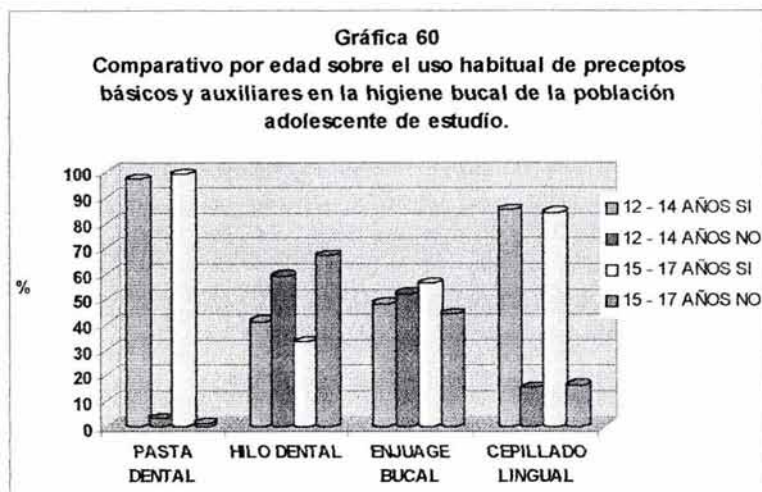
Porcentaje de la población de estudio por sexo acerca de la utilización de productos auxiliares en la higiene bucal.

	F		M	
	SÍ	NO	SÍ	NO
PASTA DENTAL	98%	2%	97%	3%
HILO DENTAL	38%	62%	39%	61%
ENJUAGE BUCAL	45%	55%	57%	43%
CEPILLADO LINGUAL	87%	13%	82%	18%

El sexo femenino participa que un 98% hace uso habitual de pasta dental, mientras que el sexo masculino lo refiere en un 97%, el uso dental de igual forma, es utilizado por un 62% en las mujeres, mientras que los hombres representan un 61%.

El enjuague bucal es utilizado mayoritariamente por el sexo masculino (57%), en comparación con un 45% dentro del sector femenino; el cepillado lingual es determinado de mayor inferencia en el sexo femenino (87%), y en el grupo masculino es de 82%.

La gráfica 60 representa un comparativo por edad acerca de los factores alternos de relación directa con la higiene bucal.



Fuente directa.

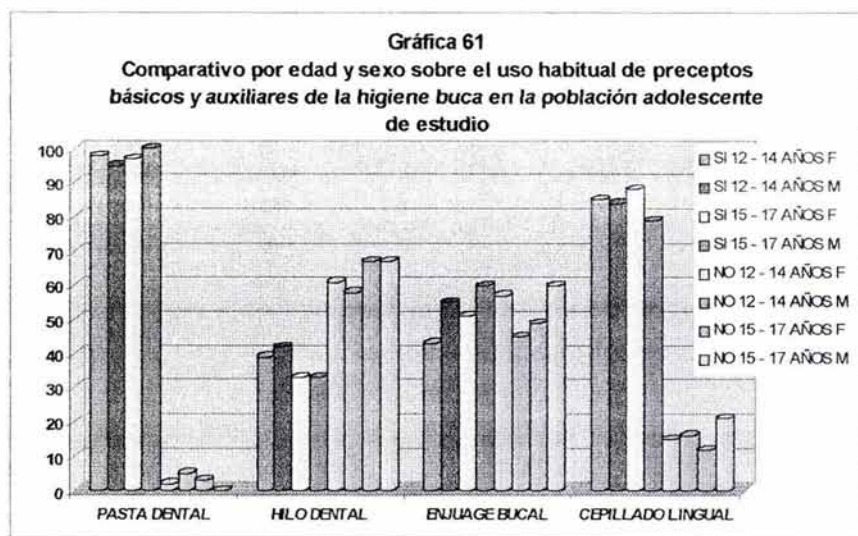
Los valores porcentuales representativo se muestran en la tabla siguiente.

Porcentaje por edad de la población de estudio acerca de la utilización de productos auxiliares en la higiene bucal

	12 - 14 AÑOS		15 - 17 AÑOS	
	SÍ	NO	SÍ	NO
PASTA DENTAL	97%	3%	99%	1%
HILO DENTAL	41%	59%	33%	67%
ENJUAGE BUCAL	48%	52%	56%	44%
CEPILLADO LINGUAL	85%	15%	84%	16%

El uso de pasta dental tiene mayor presencia dentro del grupo de 15-17 años (99%), mientras que el de 12-14 años hace referencia a un 97%, aunque en relación con el uso de hilo dental el grupo de 12-14 años admite un mayor porcentaje (41%) con relación al 33% por parte del grupo de 15-17 años.

El uso de enjuague bucal es utilizado con mayor frecuencia en la población de 15-17 años (56%), mientras que el grupo de 12-14 años lo refiere solo en un 48%. El cepillado lingual es de tendencia habitual en el grupo de 12-14 años (85%), y de 84% en el grupo de 15-17 años, observándose un porcentaje de 15 y 16 respectivamente sobre aquellos adolescentes que no lo realiza.



Fuente directa.

La gráfica 61 observa un comparativo por edad y sexo acerca del uso o desuso de los factores presentes en la higiene bucal. Los valores porcentuales se ejemplifican en la tabla siguiente.

Porcentaje por edad y sexo acerca de la utilización de productos auxiliares en la higiene bucal en la población adolescente de estudio.

	SÍ				NO			
	12 - 14 AÑOS		15 - 17 AÑOS		12 - 14 AÑOS		15 - 17 AÑOS	
	F	M	F	M	F	M	F	M
PASTA DENTAL	98%	95%	97%	100%	2%	5%	3%	0%
HILO DENTAL	39%	42%	33%	33%	61%	58%	67%	67%
ENJUAGE BUCAL	43%	55%	51%	60%	57%	45%	49%	40%
CEPILLADO LINGUAL	85%	84%	88%	79%	15%	16%	12%	21%

Se puede observar que la población que utiliza totalmente pasta dental dentro de este grupo de estudio corresponde a la población masculina de 15-17 años que contempla un 100%, le sigue la población femenina de 12-14 años con un 98%, la población femenina de 15-17 años refiere un 97% en su uso, mientras que la población masculina de 12-14 años lo hace con un 95%.

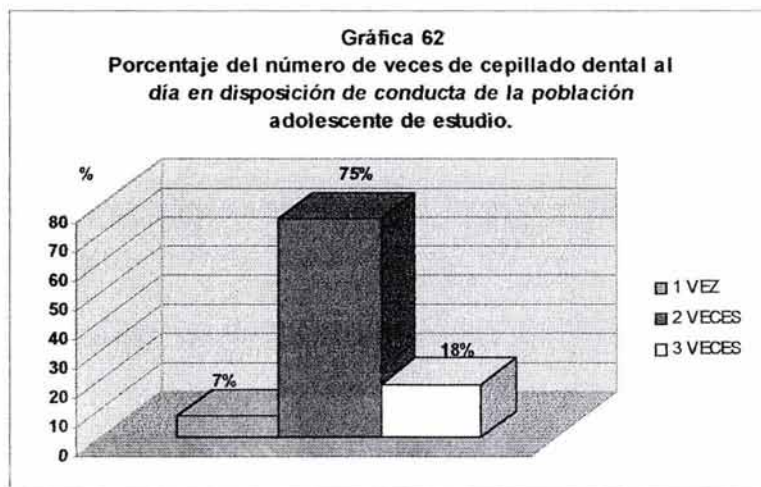
El uso de hilo dental es de mayor utilización en la población masculina de 12-14 años que representa un 42%, seguida del sexo femenino de la misma edad que presenta un 39%; la población general de estudio de 15-17 años presenta un 33% con relación a su uso.

El enjuague bucal es utilizado mayoritariamente por el sector masculino de 15-17 años (60%), el grupo de 12-14 del mismo sexo refiere su uso en un 55%, mientras que el sector femenino de 15-17 hace referencia en

la utilización de este en un 51%, y el sector de 12-14 años lo hace en un 43%.

El cepillado lingual es realizado con mayor frecuencia en el sector femenino, el grupo de 15-17 años admite realizarlo en un 88%, y el grupo de 12-14 años lo hace en un 85%; en el sector masculino se observa un 84% de acción habitual dentro del grupo de 12-14 años, mientras que el grupo de 15-17 años se representa en un 79%.

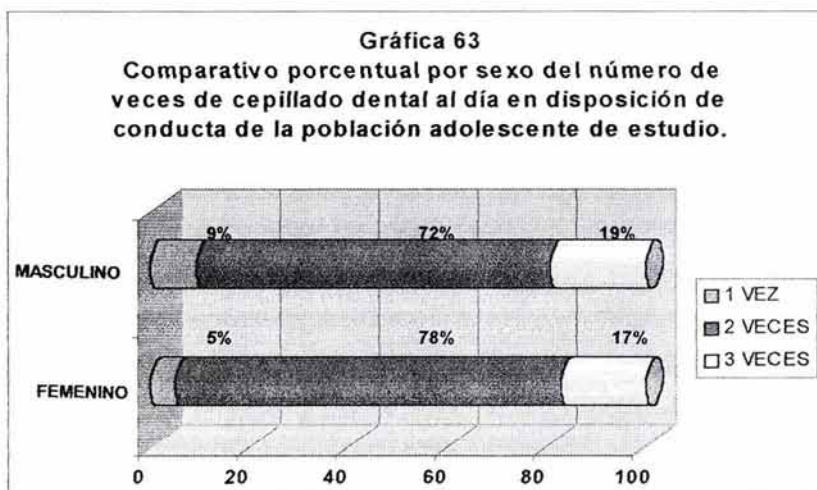
Para determinar la frecuencia de cepillado dental al día, se utilizaron rangos descriptivos en relación con los posibles tiempos: solo en las mañanas, por la mañana y noche, por la tarde y noche, por la mañana y tarde, por la tarde y noche y otra; quedando esta última bajo la respuesta propia del adolescente y dentro de la cual se determino un cepillado dental de tres veces al día. Así pues, las respuestas otorgadas son clasificadas en veces al día: (1,2 y 3).



Fuente directa.

La mayoría de la población refiere la acción de cepillado habitual solo en dos ocasiones al día (75%), un 18% admite realizarlo 3 veces al día y solo un 7% lo realiza una solo vez al día.

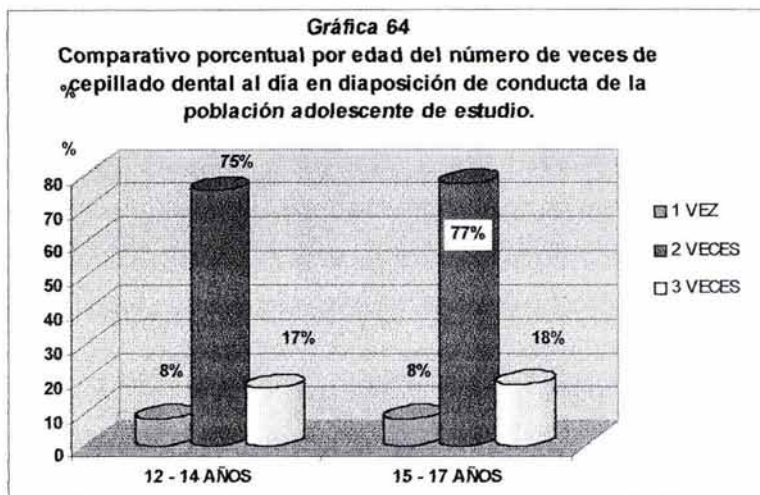
La gráfica 63 presenta un comparativo de acuerdo al sexo con relación a las veces que realiza el cepillado dental.



Fuente directa.

En la gráfica se observa que existe un mayor porcentaje en el sexo femenino que refiere cepillarse los dientes 2 veces al día (78%), mientras que el grupo masculino presenta un 72%; el cepillado dental recomendado es realizado por el grupo de sexo masculino un 19%, y en las mujeres en un 17%, el cepillado dental presente solo una vez al día ejemplifica que la población masculina hace referencia en un 9%, y un 5% en el sector femenino.

La ejemplificación gráfica con el número 64 muestra un comparativo por rango de edad acerca de la frecuencia del cepillado dental.



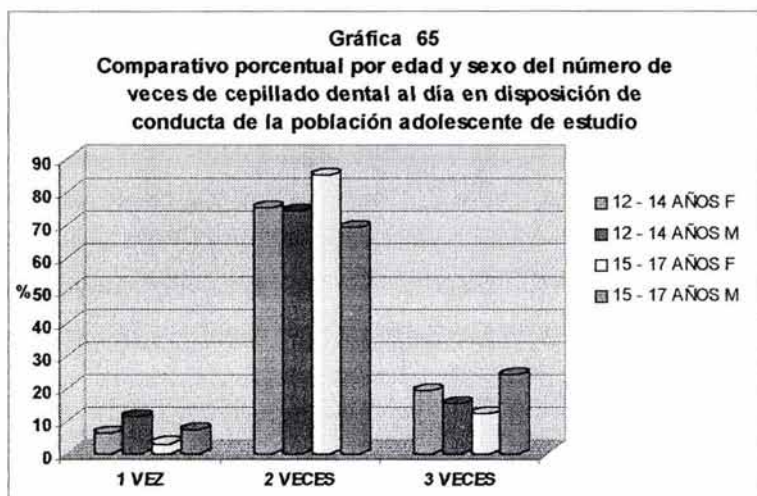
Fuente directa.

La esquematización observa que en la población de 15-17 años presenta un porcentaje ligeramente mayor (77%), en comparación con el de 12-14 años (75%) que determinan un cepillado dental dos veces al día. El cepillado de recomendación habitual solo es atendido por un 18% en la población de 15-17 años, y de 17% en la población de 12-14 años; se determinó con un 8% en ambos rangos la acción mínima del cepillado dental una vez al día.

El esquema 65 hace referencia en comparativo de edad y sexo acerca de la frecuencia del cepillado dental al día que presenta la población de estudio. Los valores porcentuales se muestran a continuación:

Porcentaje en número de veces que la población adolescente realiza el cepillado dental.

	12 - 14 AÑOS		15 - 17 AÑOS	
	F	M	F	M
1 VEZ	6%	11%	3%	7%
2 VECES	75%	74%	85%	69%
3 VECES	19%	15%	12%	24%



Fuente directa.

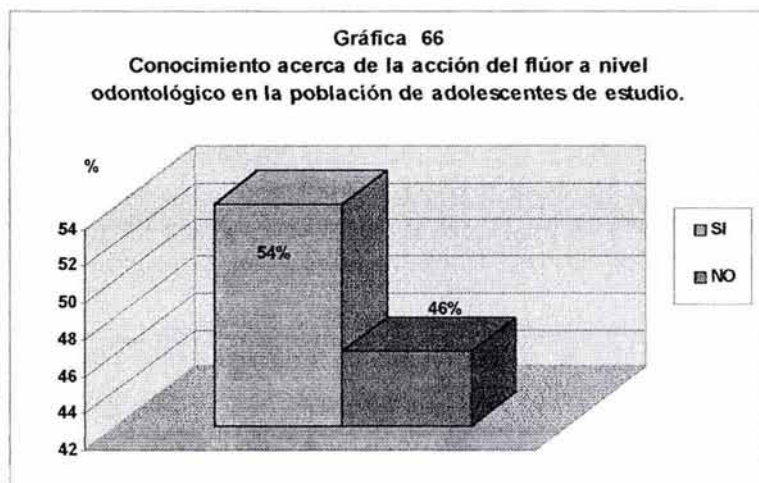
Esta esquematización nos muestra que es la población femenina comprendida entre los 15-17 años la que presenta un cepillado habitual de dos veces al día (85%), el grupo de 12-14 años del mismo género representa un porcentaje del 75%, el sexo masculino con una edad de 12-14 años presenta un porcentaje de 74%, mientras que los que se encuentran en el grupo de 15-17 se representan bajo un 69%.

La frecuencia de cepillado idóneo es mayor en la población de sexo masculino pertenecientes en la edad de 15-17 años, seguidos por el sexo femenino de 12-14 años con un 19%; la población masculina del mismo rango refiere un 15%, mientras que un 13% de la población femenina de 15-17 admite realizarlo en este número de veces.

La población masculina de 12-14 años tiene mayor porcentaje con relación al cepillado dental una sola vez al día, y el grupo de 15-17 años del mismo género está representado por un 7%. La población del sexo femenino presenta un 6% en el grupo de 12-14 años, y el grupo que comprende la edad de 15-17 años hace referencia en este sentido en un 3%.

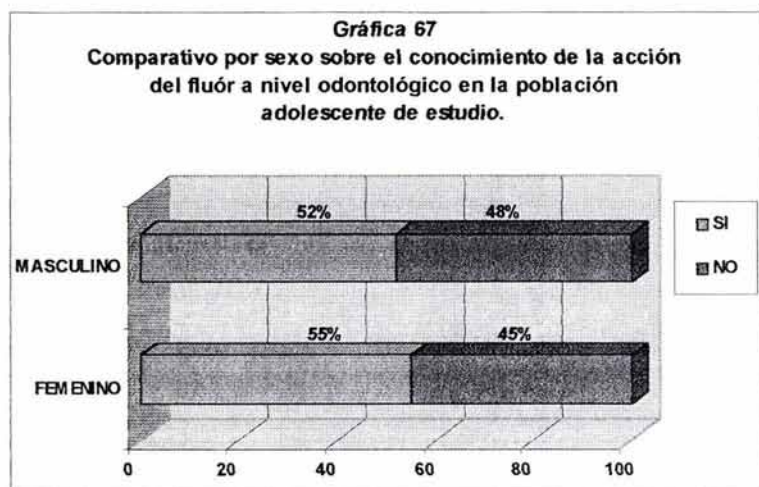
El conocimiento que tiene el grupo de estudio acerca de la acción del flúor dental puede advertir en cierto grado el conocimiento acerca del cuidado y conocimiento de higiene bucal que tiene; para esto solo se utilizaron adjetivos calificativos en afirmación y negación para determinar el porcentaje de individuos de participación que admitieron conocer o desconocer la utilidad del flúor sobre los dientes.

La gráfica 66 muestra el conocimiento o desconocimiento general acerca de este punto.



Fuente directa

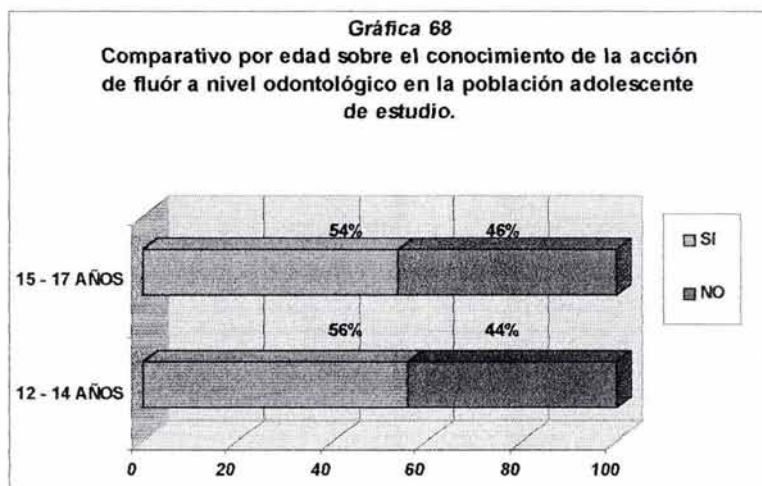
El 54% de la población adolescente de estudio refiere saber la utilidad del flúor en el ámbito dental, solo el 46% afirma lo contrario.



Fuente directa.

La gráfica 67 muestra una comparación por sexo acerca del conocimiento sobre la utilización del flúor en el ámbito odontológico, determinando así que el 55% de la población femenina admite conocer su utilización, mientras que el 52% de la población masculina hace referencia afirmativa en este conocimiento, contrariamente la afirmación negativa de este cuestionamiento es de 45% para el sexo femenino, y 48% para el sexo masculino.

Determinando el conocimiento en relación con este cuestionamiento, se realizó un comparativo en rangos de edad que se muestra en gráfica 68.



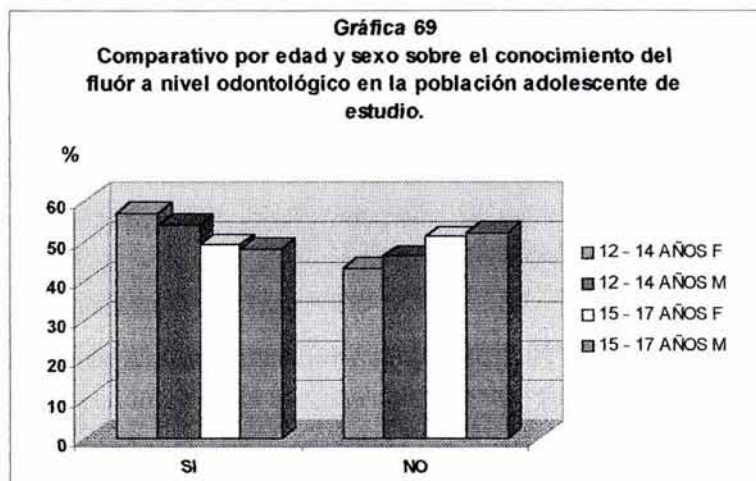
Fuente directa.

Los resultados gráficos muestran que el 56% de la población comprendida entre los 12-14 años reconoce la noción acerca de la utilización de flúor en el ámbito odontológico, en comparación a un 54% de la población de 15-17 años. La falta de conocimiento sobre esta modalidad se representa en un 44% en el grupo de 12-14 años, y de 46% en el grupo de 15-17.

Se realizó un comparativo por edad y sexo acerca de la noción que tiene el grupo de adolescentes de estudio, el cual es ejemplificado en la gráfica 69; los valores porcentuales se presentan en la siguiente tabla:

Porcentaje por edad y sexo de la población de estudio acerca del conocimiento de acción del flúor.

	12 - 14 AÑOS		15 - 17 AÑOS	
	F	M	F	M
SÍ	57%	54%	49%	48%
NO	43%	46%	51%	52%



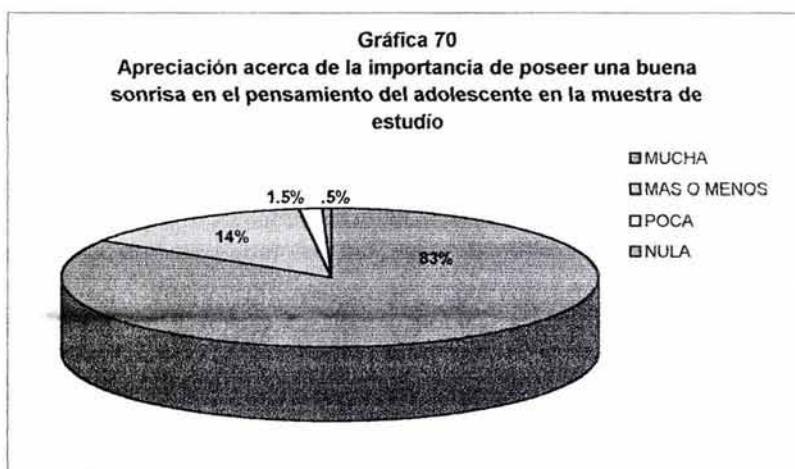
Fuente directa.

En esta gráfica se observa que el 57% de la población femenina de 12-14 años admite conocer la utilización del flúor dentro del ámbito odontológico, mientras que el 43% restante desconoce este hecho, la población masculina dentro de este mismo rango de edad refiere que un 54% conoce su utilización, mientras que un 46% lo desconoce. La población de 15-17 años determina que el sexo femenino que conoce esta utilización es representado bajo un 49% y que un 51% lo desconoce, de igual forma, el sexo masculino de este rango que admite conocer la utilización de flúor en el ámbito odontológico es de 48%, mientras que un 52% lo desconoce.

La importancia del cuidado dental y bucal no solo es medida a través del conocimiento y acciones participativas, sino que también se hace presente la visión en actitud y conducta respecto a temas de relación adjunta; las siguientes gráficas reflejan tales aspectos.

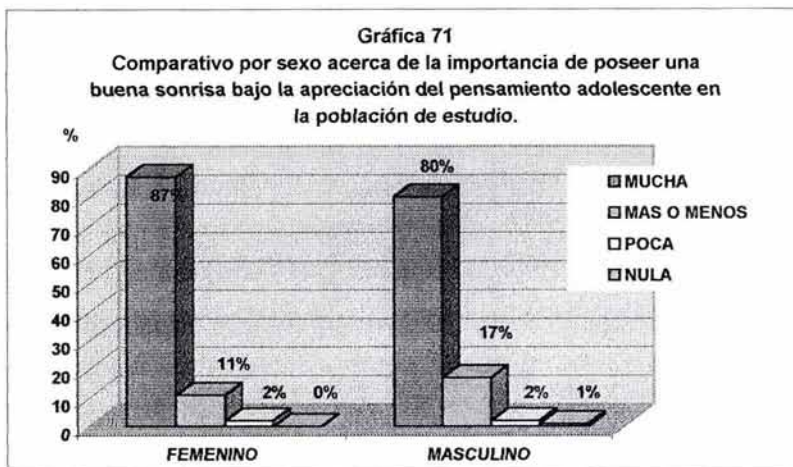
La importancia de tener una buena sonrisa, en relación con la actitud social que representa, determinando como buena sonrisa un aspecto saludable y estético, se esquematiza en la gráfica 70.

En esta gráfica puede observarse que el 83% de la población adolescente de estudio refiere un valor de mucha importancia el poseer una "buena sonrisa", un 14% le otorga un valor regular, mientras que un 1.5% admite poca importancia con relación a la posesión de una buena sonrisa; solo un .5% de la población de estudio, indica que para ellos no presenta importancia alguna con respecto a este tema.



Fuente directa.

En la gráfica que se presenta a continuación se presenta un comparativo porcentual por sexo acerca de la importancia que tiene para la población de estudio, poseer una "buena sonrisa". (Gráfica 71)

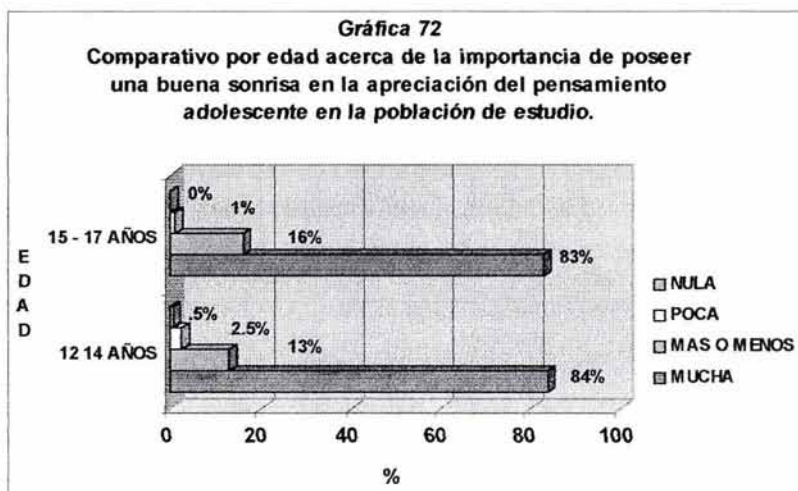


Fuente directa.

En esta gráfica se puede observar para el sexo femenino un 87% admite la importancia de poseer una "buena sonrisa, participando también con un porcentaje importante el sexo masculino, ya que un 80% bajo el mismo contexto.

La importancia regular (mas o menos), está conferida principalmente al grupo masculino que la representa con un 17%, el grupo femenino lo hace en un 11%; tanto en la población masculina como femenina refieren un 2% sobre un valor mínimo (poca) sobre la posesión de una "buena sonrisa", la nulidad de poseerla, está presente en el sector masculino que le confiere un 1%, mientras que el grupo femenino no hace referencia alguna sobre este punto de calificación.

La gráfica 72 muestra un comparativo por edad acerca de la importancia que le confiere el grupo de estudio a este tema.



Fuente directa.

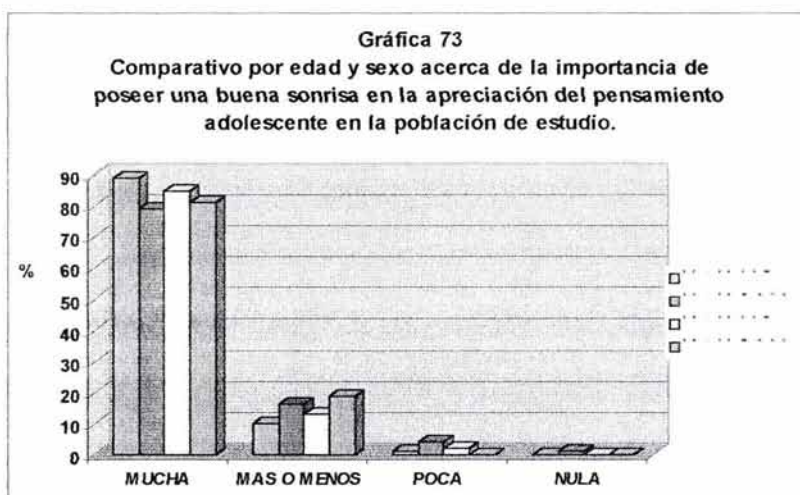
Se puede observar en esta gráfica que el 84% en promedio de la población admite una importancia de valor significativo al poseer una "buena sonrisa", la población de 12-14 años presenta un 84%, y el grupo de 15-17 años representa un 83%. El 16% de la población que comprende una edad entre los 15-17 años le otorga una importancia regular, y el grupo de 12-14 años se representa en un 13% bajo esta misma clasificación.

La población de 12-14 años representa un 2.5% acerca de la mínima importancia que le confieren a la posesión de una "buena sonrisa" mientras que la población de 15-17 años sólo lo observa en un 1%. La nula importancia con respecto a esta posesión, solo se confiere al grupo de 12-14 años, que la representan con un .5%, mientras que el otro grupo de 15-17 años no presenta participación alguna.

La determinación porcentual acerca de la importancia conferida a la posesión de una "buena sonrisa" en un comparativo por edad y sexo se ejemplifica en la gráfica 73. Los valores determinados para tal esquematización son expuestos en la tabla siguiente:

Porcentaje por edad y sexo de la población de estudio, acerca de la importancia de una "buena sonrisa"

	12 - 14 FEM	12 - 14 MASC	15 - 17 FEM	15 - 17 MASC
MUCHA	89	79	85	81
MAS O MENOS	10	16	13	19
POCA	1	4	2	0
NULA	0	1	0	0



Fuente directa.

Se observa entonces que la población femenina de 12-14 años es aquella que le confiere mayor importancia a la posesión de una "buena sonrisa"(89%), la población de 15-17 años de mismo género lo refiere en un 85%; la población masculina de 15-17 años representa un 81% y la de 12-14 años un 79%.

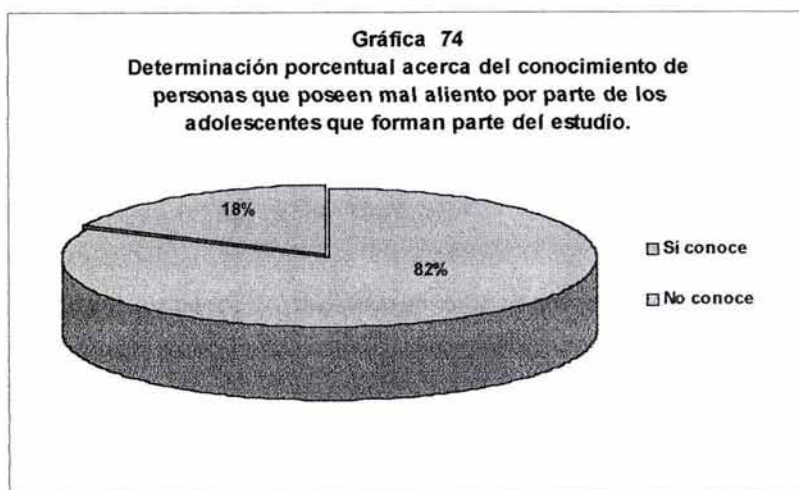
El valor regular otorgado dentro de este tema se encuentra primeramente aceptado por la población del sexo masculino del grupo de 15-17 años, y posteriormente por el grupo de 12-14 del mismo género (16%). La población femenina representa un 13% en el grupo de 15-17 años, y un 10% en el grupo de 12-14 años.

La asignación mínima (poca) de esta clasificación es mayor en la población del sexo masculino de una edad de 12-14 años que representa un 4% a diferencia del grupo de 15-17 años del mismo sexo que no participa dentro de este grado de valoración. La población femenina representa un 2% en el grupo de 15-17 años, y el grupo restante de 12-14 representa un 1%.

La población masculina es la única población que hace referencia a la nulidad de esta posesión otorgándole un 1%

El aliento de una persona califica dentro de la importancia que le confiere la población adolescente en relación con el cuidado dental, para ello se calificaron tres aspectos; el primero es el conocimiento de determinar o no si han tenido relación con personas que posean halitosis (mal aliento), en segundo determinar la actitud de conducta hacia ese sentir, y en tercera, la importancia que confieren a este aspecto.

La gráfica 74 hace referencia porcentual a nivel general sobre el conocimiento sobre aquellas personas que conocen o ha conocido personas con mal aliento.



Fuente directa.

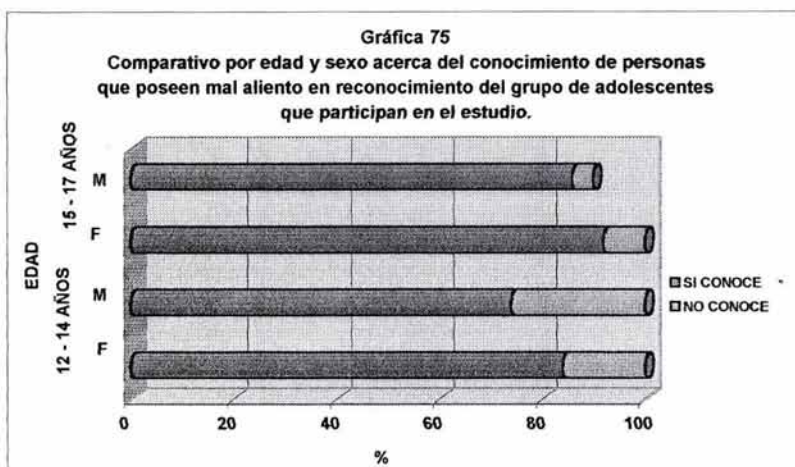
El esquema muestra que la mayoría de la población adolescente conoce o ha conocido a personas que presenta halitosis (82%), y solo un 18% no ha tenido contacto con estas.

Para determinar su actitud frente ante una situación semejante la gráfica 75 muestra un comparativo por edad y cerca acerca del conocimiento de personas con halitosis en la población de estudio.

Los valores porcentuales de la esquematización de la gráfica 75 se describen a continuación.

Porcentaje de la población de estudio por edad y sexo acerca del conocimiento con personas con halitosis.

	12 - 14 FEM	12 - 14 MASC	15 - 17 FEM	15 - 17 MASC
SI CONOCE	84%	74%	92%	86%
NO CONOCE	16%	26%	8%	4%

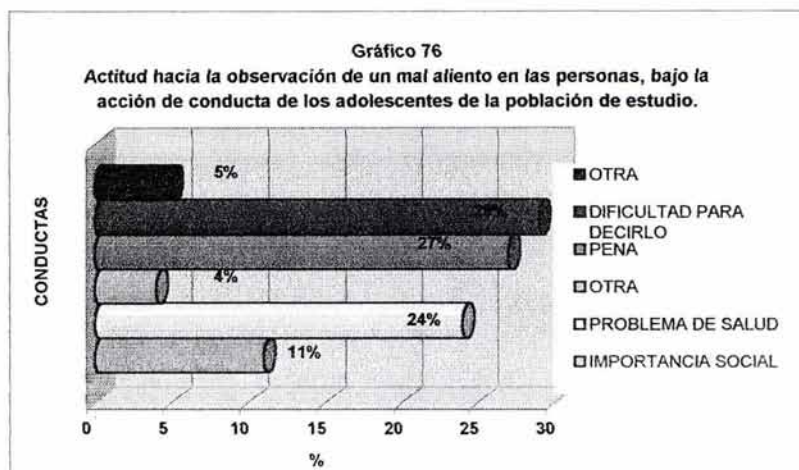


Fuente directa.

La gráfica muestra que un 92% de la población de sexo femenino con una edad de 15-17 años es el grupo que en mayor porcentaje refiere conoce a personas con halitosis, un 84% es presentado por el sector masculino dentro del mismo rango de edad. La población que menos acercamiento a tenido con respecto a esta observación es el grupo de 12-14 años del sexo masculino (74%), mientras que el sexo femenino perteneciente al mismo rango presenta un 84%.

La actitud que presenta el grupo de estudio ante esta situación se enmarca en las gráficas siguientes, bajo acción de conducta ante la halitosis que presentan las personas que conoce o ha conocido y la justificación del hecho.

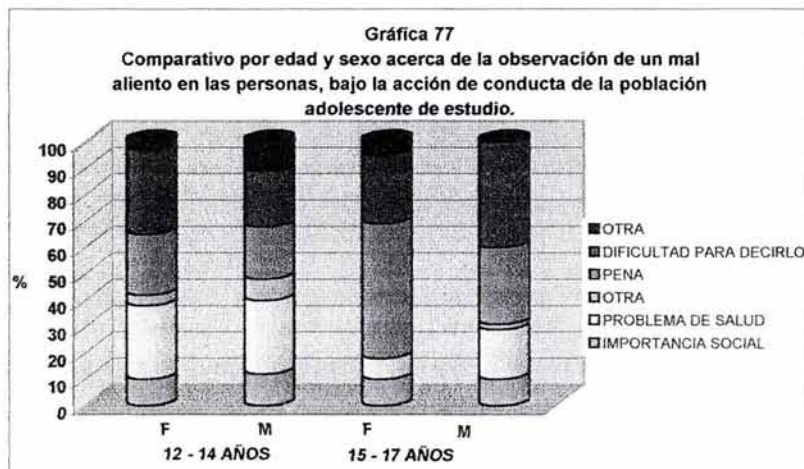
Así, en la gráfica 76 se determina la actitud general sobre el dar noticia a las personas que padecen esta alteración.



Fuente directa.

La gráfica 76 muestra que la población en general presenta dificultad para hacerle saber a la persona con afección de halitosis sobre su condición (29%). El 27% de la población indica que siente pena o es vergonzoso para ellos hacer participe esta información, el 24% admite haberlo realizado ya que sugieren la presencia de un problema de salud como causa de esta afección, un 11% afirma haberlo realizado ya que le asigna un valor de importancia social. Un porcentaje de 5% no justifica el hecho de no hacer participe el conocimiento hacia la persona involucrada, mientras que un 4% de la población de estudio lo da a conocer bajo diferentes actitudes y circunstancias.

La representatividad de la gráfica 77 hace una comparación por edad y sexo acerca de la noción hacia las personas que padecen halitosis en relación directa con su actitud para confrontarlo.



Fuente directa

Porcentaje por edad y sexo de la población de estudio sobre la actitud hacia la noción a las personas que presentan halitosis.

	12 – 14 AÑOS		15 – 17 AÑOS	
	F	M	F	M
IMPORTANCIA SOCIAL	10%	12%	10%	10%
PROBLEMAS DE SALUD	28%	28%	8%	13%
OTRA (SÍ)	4%	8%	0%	1%
PENA	23%	20%	51%	40%
DIFICULTAD PARA DECIRLO	32%	21%	26%	33%
OTRA (NO)	3%	11%	5%	3%

Se observó que con relación a la importancia que le conceden los adolescente como factor para hacer del conocimiento de una persona acerca de la halitosis que presenta, el grupo de 12-14 años del sexo masculino es el que le otorga un porcentaje mayor (12%), en comparación al 105 que presentan los subgrupos restantes, a saber grupo femenino de 12-14 años, grupo masculino de 15-17 años, y grupo femenino de 15-17 años.

El conceder una solicitud en virtud de la salud general es representada con un 28% para ambos sexo en el grupo de 12-14 años, mientras que el grupo masculino de 15-17 años le concede un 13% y un 8% por parte del sector femenino de la misma edad.

Factores diversos que los guían hacia la conducta de noción en las personas que padecen halitosis se representan bajo un 8% en el grupo masculino de 12-14 años, el 4% lo representa el sector femenino de la misma edad, un 1% es concedido por parte del grupo masculino de 15-17 años, mientras que las mujeres de este rango de edad no determinan factores alternos para tal caso.

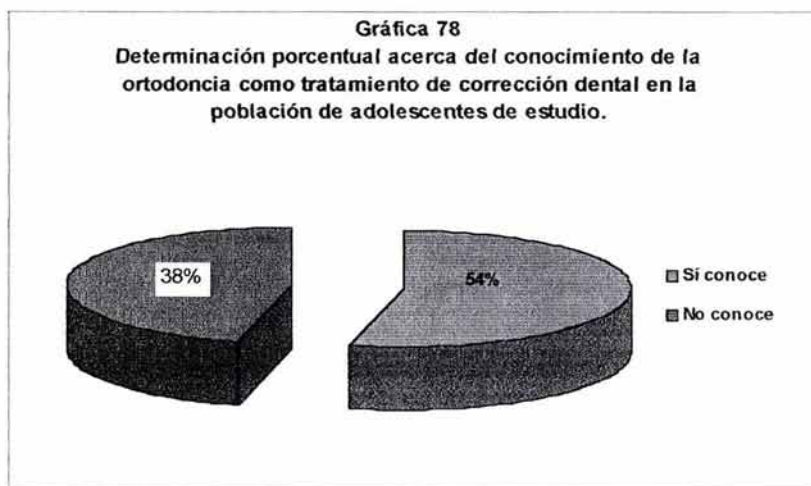
El sentir peno o avergonzarse ante el hecho de tener que exponer esta afección esta representada por un 51% en la población masculina de 15-17 años, con un 40% sobre el sector femenino del mismo rango de edad, y el grupo de 12-14 años representa un 23% en el sector femenino y un 20% en el masculino hacia este tipo de conducta.

La dificultad para decirlo expresa un sentir en la población masculina de 15-17 años en un porcentaje de 33%, seguido por un 32% en la población femenina de 12-14 años, la población femenina de 15-17 representa un 26%, y por último un 21 para el grupo de 12-14 años del mismo sexo.

Los factores diversos que conllevan a la falta de comunicación respecto a esta afección y que no son representativos por grupo individual se conceden bajo porcentaje general, estos se presentan en un mayor porcentaje en la población masculina de 12-14 años, un 5% es representado bajo el sector femenino de 15-17 años, mientras que un 3% es presentado de forma equivalente en los grupos restantes (femenino de 12-14 años y masculino de 15-17 años).

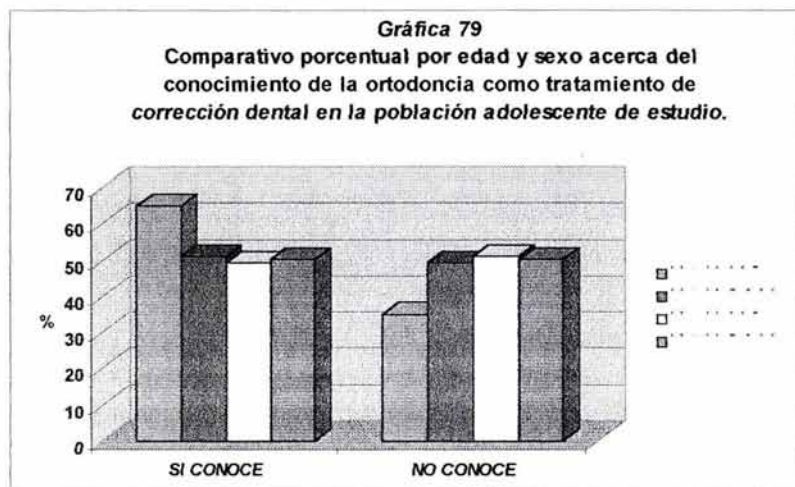
Referente a la estética que determina la posición dental se habla acerca del conocimiento de la ortodoncia como tratamiento de corrección dental, bajo este precepto, se determinará primeramente si los adolescentes de estudio tiene conocimiento acerca de lo que es la ortodoncia.

La gráfica 78 esquematiza en grado porcentual el conocimiento de esta en los adolescentes participantes de este estudio.



Fuente directa.

El esquema gráfico muestra que un 54% de la población adolescente conoce a la ortodoncia como tratamiento de corrección dental, un 38% refiere no conocerla, dentro de estos se encontraron proporciones que presentan noción dentro de tratamiento de corrección dental, pero que no identificaban



el nombre de la ortodoncia en relación con él.

Fuente directa.

La gráfica 79 hace alusión a un comparativo por edad y sexo acerca del conocimiento que tiene la población de estudio acerca de lo que es la ortodoncia. Los valores representativos de forma porcentual se muestran en la siguiente tabla.

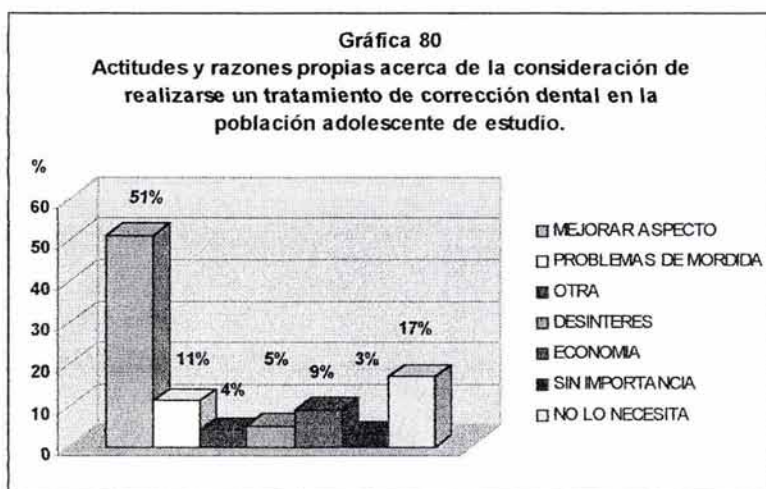
Porcentaje por edad y sexo de la población de estudio acerca del conocimiento de la ortodoncia como tratamiento de corrección dental.

	12 - 14 FEM	12 - 14 MASC	15 - 17 FEM	15 - 17 MASC
SI CONOCE	65%	51%	49%	50%
NO CONOCE	35%	49%	51%	50%

Se observa basándose en esta gráfica que la población femenina de 12-14 años es la que más tiene presencia en el conocimiento de la ortodoncia (65%), seguida de la población masculina del mismo rango de edad que presenta un 51%. El grupo comprendido de 15-17 años indica que el mayor conocimiento con relación a este tema es concedido al género masculino con un 50%, mientras que el sexo femenino se reconoce con un 49%.

La finalidad por la que recurren a un tratamiento de ortodoncia esta representada a través de la siguiente gráfica (Gráfica 80), en la cual se reconocen factores que determinan la sugerencia de un tratamiento de corrección dental.

El reconocimiento de estos factores determina la posibilidad de realizarse un tratamiento dental, en virtud de su actitud y conducta social.



Fuente directa.

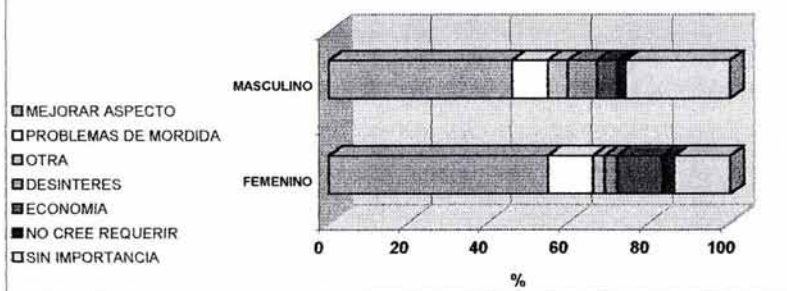
La población de estudio refiere que la posibilidad de realizarse un tratamiento de corrección dental, si es que aún no lo tiene, o bien los factores que desencadenaron esta posibilidad se enumeran bajo los porcentajes que se estipulan en la gráfica, así la mayor parte de la población de estudio refiere que un tratamiento de corrección dental tienen como primer inicio el de mejorar su aspecto el cual es representado por un 51%, el 17% de la población indica no requerir el tratamiento, el 11% del grupo de estudio hace referencia a presentar problemas al morder, un 9% estaría sujeto a no realizarlo debido a factores económicos, el 5% de la población no tiene interés alguno en el tema, el 4% establece factores no cuantificables por la diversificación y mínimo número que presenta, y un 3% de la población indica no realizarse un tratamiento de corrección dental porque no le otorga una importancia real.

La diferenciación en grado porcentual de los factores que influyen en ambos sexos se ejemplifican en el esquema gráfico 81. Los valores concernientes a este esquema se representan en la tabla que a continuación se presenta.

Porcentaje por sexo de la población de estudio acerca de los factores que considera influyen sobre la posibilidad de realizarse un tratamiento de ortodoncia.

	FEMENINO	MASCULINO
MEJORAR EL ASPECTO	55%%	46%
PROBLEMAS DE MORDIDA	11%	9%
OTRA (Sí)	3%	5%
DESINTERÉS	3%	7%
ECONOMIA	11%	5%
SIN IMPORTANCIA	3%	2%
NO REQUIERE	14%	26%

Gráfica 81
Comparativo por sexo acerca de la consideración de realizarse un
tratamiento de corrección dental de la población adolescente de
estudio en base a sus razones y actitudes.



Fuente directa.

Dentro de este comparativo se muestra que la población femenina refiere en un 55% con relación a la mejoría de su aspecto como un factor que influye en la opción de realizarse un tratamiento dental, el sector masculino lo representa con un 46%, la población que no le otorga importancia al tratamiento se representa bajo un 26% en el sexo masculino, y un 14 en el sexo femenino, la población que considera tal tratamiento por determinar problemas al morder es de un 11% en la población femenina y un 9% en la masculina; el factor económico que influye en la falta de realización de este tratamiento es de 11% en el sector femenino y un 5% en el masculino, la realización de tratamiento perteneciente al grupo de variables diversas es representado bajo un 3% en las mujeres y un 7% en los hombres. La sospecha de no requerir este tratamiento se enmarca con un 3% en la población femenil, y un 25 en la varonil.

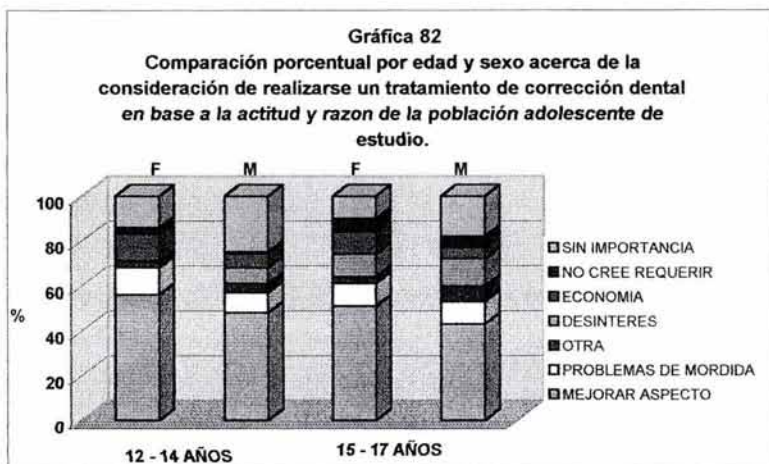
La gráfica 82 muestra un comparativo por edad y sexo acerca de los factores de pertinencia con respecto a la posibilidad de realizarse un tratamiento de corrección dental, con los cuales se observa la calidad en pensamiento con respecto a las opciones presentadas y la relación social que puede observarse a través del análisis de actitud, conducta y pensamiento del grupo adolescente de estudio.

Los valores porcentuales de la gráfica 82 de muestran a continuación.

Porcentajes por edad y sexo de la población de estudio acerca de los factores que considera en la realización de un tratamiento de ortodoncia

	12-14 AÑOS	15-17 AÑOS
	FEMENINO	MASCULINO
MEJORAR EL ASPECTO	56%%	48%
PROBLEMAS DE MORDIDA	12%	9%
OTRA (SÍ)	3%	4%
DESINTERÉS	0%	7%
ECONOMIA	12%	6%
SIN IMPORTANCIA	3%	1%
NO REQUIERE	14%	25%

Se determina entonces que el mayor porcentaje conferido a mejorar el aspecto se da en la población femenina de 12-14 años con un 56%, la población perteneciente a la edad de 15-17 años del mismo sexo presenta un 51% con respecto a la misma postura, la población masculina de 12-14 años le confiere un 48%, mientras que el grupo de 15-17 años observa un 43 dentro de esta valorización de factores de influencia



Fuente directa.

La población que no le otorga importancia al hecho de realizarse un tratamiento de corrección dental es el grupo masculino de 12-14 años, el cual presenta un 25% bajo este calificativo, la población de 15-17 del mismo género presenta un 18% en relación con el mismo cuestionamiento. El grupo femenino de 12-14 años establece bajo un 14% la falta de importancia que le confieren al tratamiento, mientras que la población correspondiente de 15-17 años refiere un 10% sobre tal cuestión.

La población que tiene problemas al morder y que confiere este factor como de influencia sobre la opción de realizarse un tratamiento de corrección dental se representa con un 125 por parte de la población femenina de 12-14 años, seguido por un porcentaje equivalente de 10% en el grupo de 15-17 años de ambos sexo, y un 9% en la población masculina de 12-14 años.

La falta de interés con respecto a este tratamiento se enmarca con un porcentaje de 12% para el grupo masculino del grupo de 15-17 años, un 10% para el grupo femenino del mismo rango de edad, y un 7% para la población masculina de 12-14 años; el grupo femenino de este mismo rango no califica este factor como determinante.

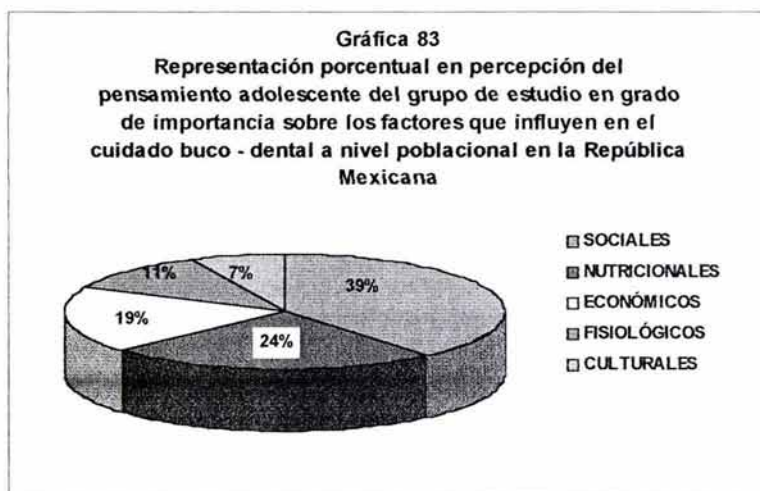
El factor económico se determina en la población femenina de 12-14 años con un 12%, el mismo género pero perteneciente al rango de 15-17 años le confiere un 10%, la población masculina representa un 6% en el rango de 12-14 años, mientras que la de 15-17 otorga un 5% con relación a la economía como factor determinante en la falta de realización de un tratamiento de corrección dental.

La población que refiere no necesitarlo se representa con un 6% en la población femenil de 15-17 años, seguida por un 5% en la población masculina del mismo rango de edad, un 35 es otorgado por el grupo femenino comprendido entre los 12-14 años, mientras que el grupo masculino del mismo rango refiere un 1%.

Dentro del contexto global de percepción general con respecto a los factores de influencia de atención dental se enmarcan bajo la percepción del pensamiento adolescente aquellos que consideran de intervención directa, así con base a esta determinante el grupo adolescente es el que le confiere grado de importancia a tales factores que a continuación se observan en las gráficas siguientes.

La gráfica 83 hace alusión a los factores que determinan la atención dental dentro de una visión general de aspecto poblacional; es decir que el adolescente determina por valor porcentual que factor tiene mayor influencia sobre el cuidado bucodental.

El 39% de la población asigno a factores sociales tales como apariencia, el factor de mayor influencia a nivel población mexicana con respecto al cuidado bucodental, es decir que perciben que la mayoría de la población acude al odontólogo por causas estética que le confieren mayor sociabilidad.



Fuente directa.

Factores que se clasifican bajo tipo nutricional reflejan una preocupación, o más bien dicho le confieren a esta clasificación una importancia a la ingesta adecuada de alimentos de forma adecuado, y este es el factor de segunda importancia (24%), por la que el adolescente percibe que la población mexicana atiende al cuidado bucodental.

El factor económico está determinada bajo un 19% en percepción del pensamiento adolescente como un factor de influencia en el cuidado bucodental. Los aspectos que se clasifican como fisiológicos tales como problemas al morder, o masticar adecuadamente, hacer presencia con un 11% en el pensamiento adolescente como factor de importancia e influencia en el cuidado bucodental.

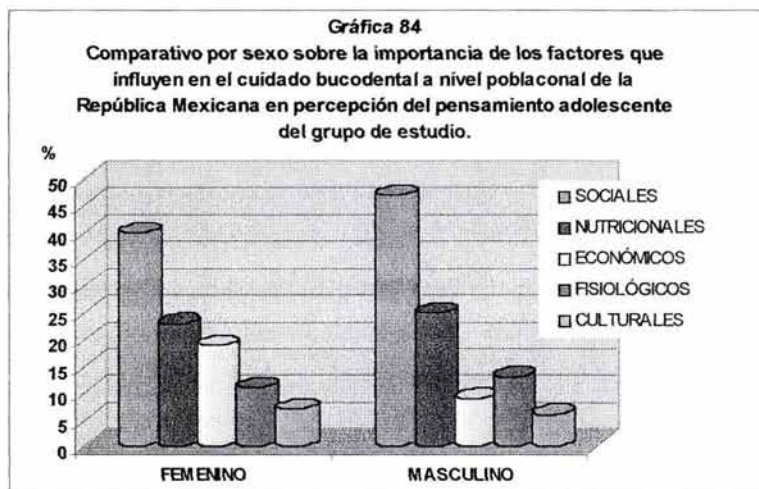
Los factores culturales que se enmarcan bajo hábitos, costumbres, creencia, etc., son representados por un 7% que el adolescente otorga con grado de importancia en la influencia del cuidado bucodental.

La gráfica 84 hace un comparativo por sexo sobre la percepción obtenida en grado de importancia sobre los factores de influencia en el cuidado bucal y dental.

Los valores porcentuales acerca de esta gráfica se presentan en la tabla siguiente:

Porcentajes por sexo de acerca de los factores que considera la población de estudio en relación a la atención dental a nivel poblacional.

	FEMENINO	MASCULINO
SOCIALES	40%	47%
NUTRICIONALES	23%	25%
ECONÓMICOS	19%	9%
FISIOLÓGICOS	11%	13%
CULTURALES	7%	6%

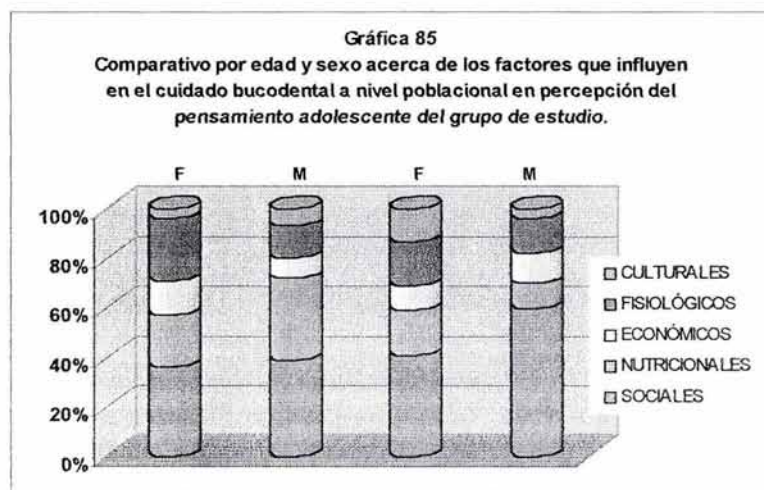


Fuente directa.

El valor social acerca del factor social como de mayor influencia en el cuidado bucodental es mayor en la población masculina que lo representa con un 47%, sobre un 40% que presenta la población femenina. El aspecto nutricional se enmarca con un, mayor porcentaje en la población masculina con un 25%, mientras que el grupo femenino le otorga un 23%; los factores de tipo económicos que tienen influencia sobre el cuidado bucal y dental hacen referencia con un 19% en el sexo femenino, mientras que el masculino es representado con un 9%.

La preocupación por aspectos de tipo fisiológicos es enmarcada con un 13% en el grupo masculino, mientras que el femenino les confiere un 11%. Los aspectos culturales como factores de influencia en el cuidado bucodental son representados con un 7% en la agrupación femenina, y con un 6% la masculina.

Los factores a continuación presentados en la gráfica siguiente, son analizados bajo el comparativo de edad y sexo determinando la percepción de estos a través de los subgrupos de análisis.



Fuente directa.

Los valores porcentuales de la gráfica 85 se describen a continuación:

Porcentajes por edad y sexo de la población de estudio acerca de los factores que el considera influyen en relación a la atención bucodental a nivel poblacional.

	12 - 14 AÑOS		15 - 17 AÑOS	
	F	M	F	M
SOCIALES	36%	39%	41%	60%
NUTRICIONALES	21%	33%	18%	10%
ECONÓMICOS	14%	8%	10%	12%
FISIOLÓGICOS	25%	13%	18%	14%
CULTURALES	4%	7%	13%	4%

La gráfica muestra que es la población masculina comprendida entre los 15-17 años la que le confiere mayor importancia en cuestión de influencia sobre el cuidado bucodental a factores sociales tales como la apariencia (60%), seguida de la agrupación femenina del mismo rango de edad que le confiere un 41%; la población de 12-14 años de sexo masculino le otorga un 39%, mientras que el grupo de sexo femenino concede un 36%.

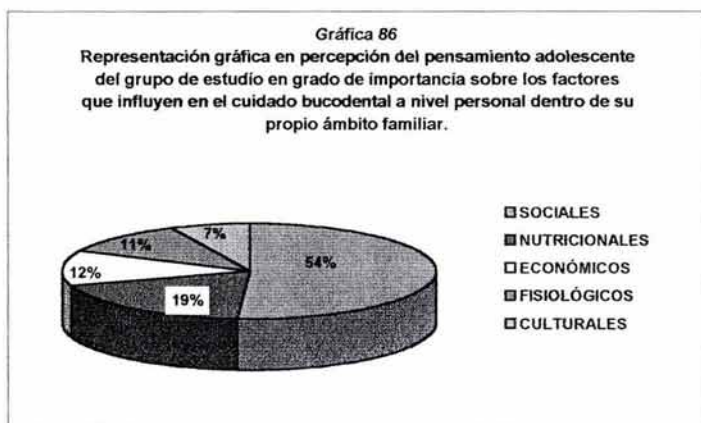
Los factores fisiológicos tomados como determinantes en la influencia del cuidado bucal y dental son representados con un 25% en el sexo femenino de 12-14 años, y con 18% en el rango de 15-17 años del mismo género, la población masculina hace referencia en un 14% en el grupo de 15-17 años, mientras que el grupo de 12-14 años lo representa bajo un 13%.

Los aspectos nutricionales quedan enmarcados bajo un 33% en la población masculina de 12-14 años, mientras que las niñas pertenecientes a este mismo grupo de edad le otorgan un 21%; la agrupación comprendida entre los 15-17 años se representa en el sexo femenino con un 18%, y en el masculino con un 10%.

Los factores económicos son considerados de mayor influencia en el grupo femenino de 12-14 años con un 14%, un 12% lo considera el grupo masculino de 15-17 años; la población de sexo femenino de 15-17 años se define bajo un 10% y el grupo masculino de 12-14 años se representa con un 8%.

La asociación cultural bajo la cual se determina la influencia del cuidado bucodental es de mayor representación en el sexo femenino de 15-17 años, seguido por la percepción del grupo masculino de 12-14 años que se representa bajo un 7%, un 4% determinado de forma equivalente en las mujeres de 12-14 años y los hombres de 15-17 años.

La determinación de los factores de influencia bajo la percepción del pensamiento propio en relación con la influencia que ejercen sobre su cuidado dental se muestra en la gráfica 86.

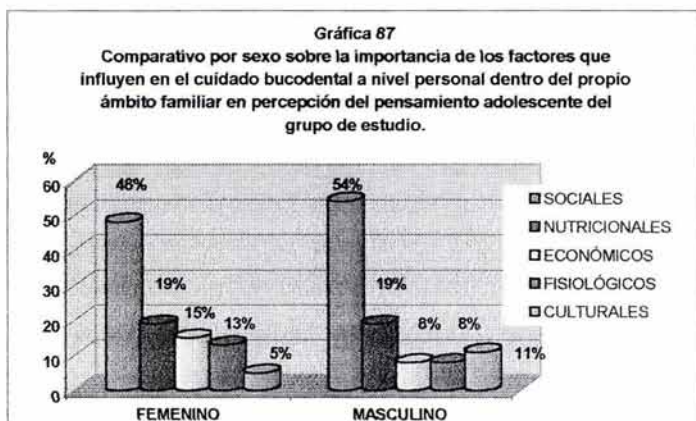


Fuente directa.

La población de estudio refiere que el factor social es de mayor influencia en su cuidado dental (54%), los factores nutricionales están valorados con un 19%, el 12% de la población confiere la influencia económica como factor de influencia, el 11% se lo otorga a influencia fisiológica, y un 7% bajo aspectos de cultura.

La gráfica 87 determina en comparación de sexo, el porcentaje que se observa en los factores de influencia del propio cuidado bucodental.

El mayor porcentaje de influencia social esta determinado por el sexo masculino el cual le confiere un 54%, el grupo femenino admite este factor bajo un 48%; el factor de condición nutricional es determinado bajo un 19% en ambos sexos.



Fuente directa.

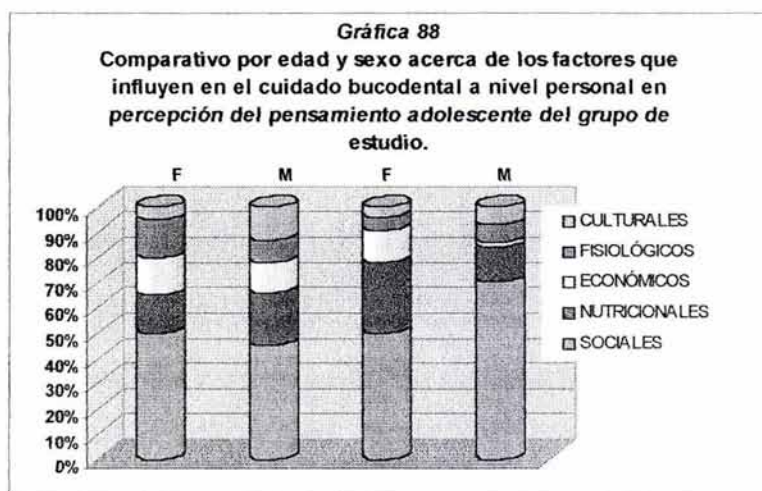
La influencia económica como factor de influencia referenciada, se representa con un 15% en la población femenina mientras que la población masculina solo hace referencia en este sentido en un 8%. Los factores de consideración fisiológica se enmarcan dentro del grupo femenino con un 13%, y en el grupo masculino con un 8%; respecto a la influencia cultural que tiene relación directa en este sentir, la población masculina indica que el 11% de dicho grupo hace mella dentro de su cuidado bucodental, mientras que en el grupo femenino solo es considerado dentro de un 5%.

La gráfica 88 hace un comparativo por edad y sexo acerca de los factores de influencia en la influencia sobre su cuidado dental y bucal.

Los valores pertenecientes a esta gráfica se especifican en la tabla que a continuación se presenta.

Porcentaje de la población de estudio por edad y sexo acerca de los factores que influyen en la atención bucodental a nivel personal.

	12 – 14 AÑOS		15 - 17 AÑOS	
	F	M	F	M
SOCIALES	50%	45%	50%	70%
NUTRICIONALES	15%	21%	28%	14%
ECONÓMICOS	15%	12%	13%	2%
FISIOLÓGICOS	15%	9%	5%	7%
CULTURALES	5%	13%	4%	7%



Fuente directa.

Las determinantes sociales presentan un mayor porcentaje en la población masculina de 15-17 años el cual es representado por un 70%, el 50% de aceptación bajo este factor de influencia es otorgado en igual porcentaje al grupo femenino de ambas edades (12-14 y 15-17 años), la población de adolescentes masculino de 12-14 años hace referencia en un 45% sobre este factor.

El factor nutricional tiene mayor presencia en el sector femenino de 15-17 años como elemento de influencia hacia el cuidado bucal y dental, el 21% se le concede al grupo de 12-14 años del género masculino, mientras que el género perteneciente a la misma edad confiere un 15% en relación con la influencia que presenta; la agrupación femenina de 15-17 admite en un 14% la aceptación de este factor como elemento de inducción en su cuidado bucodental.

La población femenina de 12-14 años refiere que la influencia económica adquiere un valor considerable dentro de su cuidado dental (15%) como elemento de influjo, el 13% de la población femenina de 15-17 hace la misma referencia, mientras que en el sexo masculino dentro del grupo de 12-14 años determina esta aceptación en un 12%, por último solo el 2% de la población del mismo sexo perteneciente al grupo de 15-17 años observa tal factor como influencia directa sobre su cuidado dental y bucal.

El sexo femenino de 12-14 años concede a los aspectos fisiológicos como determinantes en la conducta de influencia con relación al cuidado dental y bucal propio, el sexo masculino de la misma edad admite esta conducta en un 9%; dentro del grupo de 15-17 años el sexo masculino otorga una importancia de ligera elevación sobre el porcentaje femenino en relación con este aspecto (7% y 5% respectivamente).

La conducta cultural como elemento de influjo en la participación del cuidado odontológico, está determinado por un 13% en la población masculina de 12-14 años, mientras que el grupo de 15-17 años hace referencia en un 7%; la agrupación femenina determina un porcentaje de 5% en el grupo de 12-14 años, y el grupo de 15-17 años hace participe este factor en un 4%.

CONCLUSIONES

A través de este estudio se puede determinar que a pesar de la que imagen física es un concepto de gran representatividad e importancia social, el cuidado bucal y dental solo presenta una mínima participación dentro de este contexto, aún bajo el conocimiento de que el conjunto estomatognático influye de manera directa en la imagen de presentación social en la población.

Los factores que tienen relación directa con el cuidado y atención dental, son condicionantes dentro del comportamiento de éste ante la sociedad, a decir de esto en los adolescentes influye más la perspectiva social que los factores de tipo económico, que como se tiene conocimiento es uno de los factores del que se percibe en mayor porcentaje en relación a la falta de accesibilidad a una atención dental, así bien en los adolescentes este factor queda minimizado al igual que la condicionante con respecto a la cultura, esta última debiera de ser el factor principal en el que debe de enfocarse la atención para el desarrollo de cualquier programa de prevención y acción dentro de todos los ámbitos de salud.

La falta real de una cultura en relación a la prevención y participación activa de hábitos y costumbres nulifica cualquier actividad que pudiera llevarse a cabo, la cual está íntimamente relacionada con la falta de conocimiento. La presencia de la higiene bucal y dental es vista generalmente como una acción de importancia nula, sencilla y común, por lo que el mínimo conocimiento acerca de los cuidados que debe tener le son suficientes no sólo a la población adolescente, sino a la población en

general, dejando este conocimiento rezagado en función a su aplicación cotidiana; las adecuadas actitudes acerca del cuidado bucal son ajenas a un gran porcentaje de la población haciéndose sólo partícipes aquellas conductas cotidianas y habituales, que la mayoría de las veces son producto de una imitación o aprendizaje dado a través de los padres.

La participación de los padres dentro del ámbito bucodental suele ser partícipe hasta cierto grado en relación a la edad que observan en sus hijos, es decir que al entrar estos en una etapa de mayor desenvoltura e independencia social, los padres suelen limitar su participación sobre ciertas circunstancias que interfieren directamente en la actitud e higiene bucal.

Así mismo, la diferenciación de géneros (masculino y femenino), suele hacer mella en los padres en relación a la atención sobre el cuidado dental y bucal de sus hijos, sobre este aspecto se encontró que la mayoría de la población ubicada dentro de un rango de 15-17 años de género masculino se encarga de manera individual de la adquisición de cepillo dental, con lo que puede apreciarse que si bien es cierto que el afán de independencia por parte de los adolescentes hace que estos participen con mayor frecuencia sobre las acciones que antes sólo eran realizadas por sus padres, también lo es el hecho de que la sociedad condiciona el comportamiento de estos últimos en el desapego hacia sus hijos en vía de una independencia social así como también una falta de conocimiento en relación a la injerencia sobre las actitudes en las que debe participar en conjunto con sus hijos.

El reconocimiento de la importancia de la atención y cuidado bucodental en los adolescentes debe de hacerse en relación a un comportamiento a través del conocimiento y causa, es decir que la adquisición de conocimientos adecuados acerca de la importancia que ésta tiene en relación a la función social que representa, puede ser de gran

aportación hacia la nueva adquisición de conductas y pensamientos en las generaciones posteriores adultas que en determinado momento serán las encargadas de transmitir acciones habituales a futuras generaciones, quedando plasmadas conductas y actitudes a través de pensamientos e ideales de convicción en función a un razonamiento real.

La participación de la mercadotecnia es un factor que si es dirigido de manera adecuada por los promotores en salud, puede ser de gran beneficio en función a la convicción de actitudes y comportamientos adquiridos; es cierto que los medios publicitarios tienden a exagerar acerca de los beneficios del producto de venta, pero también lo es que es una forma de obtener una participación activa acerca de tal o cual acción en función a un beneficio, bajo esto la función de todo promotor en salud en los cuales se incluye al odontólogo en función al aspecto preventivo que le confiere, es la de facilitar una información acertada acerca de los productos existentes en el mercado haciendo del conocimiento a la población los beneficios y perjuicios de los productos de mayor utilización en la población.

La búsqueda de identidad, participación social e ideología como guía a un comportamiento adulto, le confiere al adolescente un valor representativo en la medida en que sea incluido dentro de funciones que acepte como válidas y verosímiles las cuales aceptará y practicará aún bajo un condicionamiento social es decir, que bajo la aceptación del principio de la defensa de los ideales propios, el adolescente será capaz de realizar o seguir efectuando las acciones que él considere adecuadas aún cuando a otros no les sea importante, y en determinado momento hacer partícipes a los de su propio grupo de pares en tales conductas.

Resumiendo lo expuesto dentro de este trabajo, queda en claro que la participación del adolescente en función a la aplicación de un conocimiento de mayor importancia debe de hacerse participe en un mayor grado por parte del odontólogo, ya sea en función a una especialidad como lo es la odontopediatría o bien en una participación general por parte de éste, ya que la adolescencia es la etapa en la que el crecimiento estomatognático tiene su participación final en relación al desarrollo facial y dental, por lo que las estructuras dentales y bucales adquieren un valor de vulnerabilidad importante en relación a una buena o mala participación conductual; así como también es el periodo en donde principia el conocimiento base del individuo para su aplicación en la vida adulta, lo que nos permite participar en la adquisición de una nueva conducta que puede ser guiada a nuestro objetivo y causa, la prevención en toda su modalidad.

RERERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso Fernández Francisco, Psicología Médica y Social. España, Ed. Salvat, 1989, 713 pp.
- Amara Pace José, Desarrollo de la Identidad, En: Dulanto Gutiérrez Enrique, El Adolescente, 1ra ed., INP, México, Mc Graw Hill, 2000:165-172.
- Anónimo. La Salud Oral en los niños no debe subestimarse. The American Academy of Periodontology 2001(Editorial).

www.geodental.com

- .Anónimo, Último Informe de la OMS sobre el estado bucodental en el mundo 2004

www.geodental.com

- Blum W. Robert, Un Modelo Conceptual de Salud del Adolescente, En: Dulanto Gutiérrez Enrique, El Adolescente, 1ra ed., INP, México, Mc Graw Hill, 2000:656-672.
- Brenes William, Sosa Doris. Epidemiología bucal y Accesibilidad a los servicios odontológicos de un grupo de adolescentes. Rev. Cost. Cient. Méd. 1986;7(4):311-314.
- Carrosella Mabel, et. al. Análisis del estado bucodental en una población adolescente. Arch. Argent. Pediatría 2003; 101(6):454-459.
- Castañeda Rojas Isabel, Educación para la Salud, En: Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud de la Adolescencia, Ministerio de salud Pública, La Habana Cuba 1999:451-454
- ÇiÇeky. Orbak r., Tezel A Orbak Ercyask. Effect of Tongue Brushing on Oral Malodor in adolescents. Pediatrics International 2003; 45(6):719-723.
- De la Flor Ruzafa J. Salud bucodental de la población infantil de Vicálvaro (Madrid). Rev. Profesión Dental 1999.

www.revistaprofesiondental.html

- Del Barrio Martínez Cristina, La Comprensión Infantil de la Enfermedad. Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid, España, Ed. Anthropos, 1990, 254 pp.
- Di Segni Obiols Silvia. Adolescencia y vínculos. Arch. Argent. Pediatría 2003; 101(6):427-429.
- Díaz del Mazo Lizel, et. al. Modificadores de los conocimientos y actitudes sobre salud bucal en los adolescentes del Reparto Sueño. MEDISAN 2001; 5(2):4-7.
- Dulanto Gutiérrez Enrique, Desarrollo Psicosocial Normal, En: Dulanto Gutiérrez Enrique, El Adolescente, 1ra ed., INP, México, Mc Graw Hill, 2000:158-164, 1373 pp.
- Enlow H. Donald, Crecimiento Maxilo Facial. Interamericana. México, Mc Graw Hill, 1992, 575 pp.
- Galdo Muñoz G. Principales problemas de los adolescentes. Vox Pediatría 2002; 10 (2):62-67.
- García Di Valente Shirley. Adolescencia y salud bucal. Adolescencia Latinoamericana. 98(1):170-174.
- Gil Mass Gabriela Liliana. Estereotipos de género masculino y femenino, presentes en la publicidad escrita, estudio de la influencia en la satisfacción de la imagen corporal en adolescentes hombres y mujeres. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 2003:148 pp. Tesis (Licenciatura en Psicología).
- Gómez de Silva Guido, Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Española. México, fondo de Cultura Económica, 1988, 736 pp.
- Gutiérrez Muñiz José A., et. al. Crecimiento y Desarrollo, En: Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba 1999:51-84.

- Maddaleno Matilde, Suárez Ojeda, Situación Social de los Adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica. En: Dulanto Gutiérrez Enrique, El Adolescente, 1ra ed., INP, México Mc Graw Hill, 2000:639-648.
- Mc Donald E. Ralph, Avery R. David, Odontología Pediátrica y del Adolescente. Doyma Libros, Madrid, España, Ed. Mosby, 1995, 865 pp.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente 2002:2-9.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de los niños adolescentes 200:2-4.
- Papalia E. Diane, Wendkos O. Sally. Psicología. México, Mc Graw Hill, 2002, 762 pp.
- Papalia E. D., Wendkos O.S., Feldman D. R., Psicología del Desarrollo. Colombia, Mc Graw Hill, 2001, 837 pp.
- Pavaan Camacho Gabriela Eloina. Actitud hacia el SIDA de los adolescentes mexicanos. México D. F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 2004:106 pp. Tesis (Licenciatura en Psicología).
- Pérez Borrego Amparo, et. al. Marcadores de Inmunorrespuesta en la Periodontitis Juvenil. Rev. Cubana Estomatol. 2002; 39(3)
- Pérez González Ernesto. Ferrer Marrero Daysi, La Ética Médica en la Salud del Adolescente, En: Manual de Prácticas Clínicas para la Atención integral a la Salud de la Adolescencia, La Habana, Cuba, Ministerio de Salud Pública, 1999:37-49.
- Piaget Jean, Seis Estudios de Psicología. España, Ed. Ariel, 1994, 227pp.
- Piédrola Gil G, Medicina Preventiva y Salud Pública. Ediciones Científicas y Técnicas, España; Mason-Salvat, 1991, 1474 pp.
- Pinkham J. R. Odontología Pediátrica. Interamericana, México, Mc Graw Hill, 1996, 667 pp.

- Pineda Pérez Susana, Aliño Santiago Miriam. El concepto de adolescencia, En: Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia, Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba 1999:15-22.
- Redi Freundlinch María Cristina, et. al. Adolescencia y futuro. Arch. Argent. Pediatría 2003; 101(6):474-475.
- Rodríguez Calzadilla Amado, Valiente Zaldívar Carolina. Atención estomatológica a niños y adolescentes durante el año 1999 en Cuba. Rev. Cub. Estomatol. 2001;38(3):170-175.
- Salazar Rojas Diego, Adolescencia, Cultura y Salud, En: Dulanto Gutiérrez Enrique, El Adolescente, 1ra. ed., INP, México, Mc Graw Hill, 2000:649-655.
- Soxman A. Jane. Considerations for treating adolescent patients. General Dentistry 2002; 51(1)
- Triujeque Woods Edwin Ricardo. Autoconcepto e Imagen Corporal en una Muestra de Adolescentes en la Ciudad de México. México, D. F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 2003:89 pp. Tesis (Licenciatura en Psicología).
- Tomita Nilce Emy, Pernambuco Renata de Almeida. Educação em saúde bucal para adolescentes, uso de métodos participativos. Rev. F. O. Bras. 2001; 9(2):63-69.
- Traebert T. J, Moreira E. M. A. Desordenes de conducta alimenticia, y sus efectos sobre la Salud Oral en los adolescentes. Pesqui. Odontol. Bras. 2001; 15(4):359-363.
- Universidad de Newcastle upon Tyne: Reino Unido, La imitación a los famosos ha provocado una mejora en el cuidado dental de los jóvenes. B. M. J. 2004;328:600.
- Warren Howard C, Diccionario de Psicología. México, Fondo de Cultura Económica, 1996.

ANEXOS

ANEXO 1

CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN DENTAL

DENTICIÓN TEMPORAL

ARCADA SUPERIOR					
DIENTE	FORMACIÓN	CANT. DE ESMALTE AL NACER	ESMALTE COMPLETO	ERUPCIÓN	RAÍZ COMPLETA
Incisivo central	4 meses in útero	5/6	1 ½ meses	7 ½ meses	1 ½ años
Incisivo lateral	4 1/2 meses in útero	2/3	2 ½ meses	9 meses	2 años
Canino	5 meses in útero	1/3	9 meses	18 meses	3 ¼ años
1er. Molar	5 meses in útero	Cúspide unidas	6 meses	14 meses	2 ½ años
2do. Molar	6 meses in útero	Cúspides aisladas	11 meses	24 meses	3 años

ARCADA INFERIOR					
DIENTE	FORMACIÓN	CANT. DE ESMALTE AL NACER	ESMALTE COMPLETO	ERUPCIÓN	RAÍZ COMPLETA
Incisivo central	4 ½ meses in útero	3/5	2 ½ meses	6 meses	1 ½ años
Incisivo lateral	4 ½ meses in útero	3/5	3 meses	7 meses	1.½ años
Canino	5 meses in útero	1/3	9 meses	16 meses	3 ¼ años
1er. Molar	5 meses in útero	Cúspide unidas	5 ½ meses	12 meses	2 ¼ años
2do. Molar	6 meses in útero	Cúspides aisladas	10 meses	20 meses	3 años

DENTICIÓN PERMANENTE

ARCADA SUPERIOR					
DIENTE	FORMACIÓN	CANT. DE ESMALTE AL NACER	ESMALTE COMPLETO	ERUPCIÓN	RAÍZ COMPLETA
Incisivo central	3-4 meses		4-5 años	7-8 años	10 años
Incisivo lateral	10-12 meses		4-5 años	8-9 años	11 años
Canino	4-5 meses		6-7 años	11-12 años	13-15 años
1er. Premolar	1 ½-1 ¾ años		5-6 años	10-11 años	12-13 años
2do. Premolat	2-2 ¼ años		6-7 años	10-12 años	12-14 años
1er. Molar	Al nacer	Algún vestigio*	2 ½-3 años	6-7 años	9-10 años
2do. Molar	2 ½-3 años		7-8 años	12-13 años	14-16 años
3er. Molat	7-9 años		12-16 años	17-21 años	18-25 años
ARCADA INFERIOR					
DIENTE	FORMACIÓN	CANT. DE ESMALTE AL NACER	ESMALTE COMPLETO	ERUPCIÓN	RAÍZ COMPLETA
Incisivo central	3-4 meses		4-5 años	6-7 años	9 años
Incisivo lateral	3-4 meses		4-5 años	7-8 años	10 años
Canino	4-5 meses		6-7 años	9-10 años	12-14 años
1er. Premolar	1 ¾-2 años		5-6 años	10-12 años	12-13 años
2do. Premolar	2 ¼-2 ½ años		6-7 años	11-12 años	13-14 años
1er. Molar	Al nacer	Algún vestigio*	2 ½-3 años	6-7 años	9-10 años
2do. Molar	2 ½-3 años		7-8 años	11-13 años	14-15 años
3er. Molar	8-10 años		12-16 años	17-21 años	18-25 años

*ocasional

Anexo 2
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
SEMINARIO DE TITULACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1. NOMBRE _____ 2. EDAD

--	--
3. SEXO

F	M
---	---
4. MENCIONA LA ESCOLARIDAD DE TUS PADRES. PADRE MADRE
- A) PRIM INCOMPLETA B) PRIM. COMPLETA C) SECUNDARIA D) PREPARATORIA
 E) TÉCNICO F) PROFESIONAL G) POSGRADO H) NINGÚN ESTUDIO
5. MENCIONA LA OCUPACIÓN DE TUS PADRES. PADRE MADRE
- A) COMERCIANTE B) EMPLEADO C) TÉCNICO D) AMA DE CASA
 E) PROFESIONISTA F) CHOFER G) OBRERO H) EMPRESARIO
6. EL INGRESO FAMILIAR ES DE:
 A) 1-3 SALARIOS MÍNIMOS B) 4-6 SALARIOS MÍNIMOS C) 7 Ó MÁS SALARIOS MÍNIMOS
7. LA CASA EN DONDE VIVES ES:
 A) PROPIA B) RENTADA C) PRESTADA D) OTRA
8. ¿CUÁNTAS HABITACIONES TIENE TU CASA?
9. ¿CUÁNTOS HABITANTES VIVEN EN ELLA?
10. ¿LA COLONIA DONDE VIVES CUENTA CON DRENAJE? SÍ NO
11. ¿LA COLONIA EN DONDE VIVES TIENE ALUMBRADO PÚBLICO? SÍ NO
12. ¿QUÉ IMPORTANCIA CREES QUE TENGA LA ATENCIÓN DENTAL?
 A) MUCHA B) MAS O MENOS C) POCA D) NINGUNA
13. ¿QUÉ IMPORTANCIA LE OTORGAS A TU CUIDADO DENTAL?
 A) MUCHA B) MÁS O MENOS C) POCA D) NINGUNA
14. ¿QUÉ IMPORTANCIA LE OTORGA TU FAMILIA A TU CUIDADO DENTAL?
 A) MUCHA B) MÁS O MENOS C) POCA D) NINGUNA
15. ¿CUÁNTAS VECES TE HAN LLEVADO AL DENTISTA?
 A) CADA 6 MESES B) UNA C) NINGUNA D) OTRA
16. LA IMPORTANCIA DE TENER UNA BUENA SONRISA ES:
 A) MUCHA B) MÁS O MENOS C) POCA D) NINGUNA
17. LA IMPORTANCIA DEL ALIENTO EN UNA PERSONA ES:
 A) MUCHA B) MÁS O MENOS C) POCA D) NINGUNA
18. ¿CONOCES O HAS CONOCIDO A UNA PERSONA QUE TENGA MAL ALIENTO? SÍ NO

19. ¿LE HAS DICHO ALGO ACERCA DE SU MAL ALIENTO?

SI PORQUE:

- CREEES QUE ES IMPORTANTE SOCIALMENTE
- PODRÍA TENER UN PROBLEMA DE SALUD
- OTRA _____

NO PORQUE

- TE DA PENA
- NO SABES COMO DECIRLO
- OTRA _____

20. ¿CONOCES QUE ES LA ORTODONCIA?

SÍ

NO

21. ¿HAS PENSADO EN LA POSIBILIDAD DE HACERTE UN TRATAMIENTO DE ORTODONCIA?

SI PORQUE

- QUIERES MEJORAR TU ASPECTO
- CREEES TENER PROBLEMA AL MORDER
- OTRO _____

NO PORQUE

- NO TE INTERESA
- CUESTIONES ECONÓMICAS
- CREEES QUE NO ES IMPORTANTE
- NO LO NECESITAS
- OTRO _____

22. ENUMERA DEL 1 AL 5 POR ORDEN DE IMPORTANCIA LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CUIDADO BUCODENTAL (NIVEL POBLACIONAL)

(1= MAYOR IMPORTANCIA, 5= MENOR IMPORTANCIA)

_____	SOCIALES	(APARIENCIA SOCIABILIDAD)
_____	NUTRICIONALES	(INGESTA ADECUADA DE ALIMENTOS)
_____	FISIOLÓGICOS	(MASTICAR ADECUADAMENTE)
_____	ECONÓMICOS	(SOLVENCIA ECONÓMICA)
_____	CULTURALES	(COSTUMBRES, HÁBITOS, CREENCIAS, ETC.)

23. ENUMERA DEL 1 AL 5 POR ORDEN DE IMPORTANCIA LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CUIDADO BUCODENTAL (NIVEL PERSONAL)

(1= MAYOR IMPORTANCIA, 5= MENOR IMPORTANCIA)

_____	SOCIALES	(APARIENCIA SOCIABILIDAD)
_____	NUTRICIONALES	(INGESTA ADECUADA DE ALIMENTOS)
_____	FISIOLÓGICOS	(MASTICAR ADECUADAMENTE)
_____	ECONÓMICOS	(SOLVENCIA ECONÓMICA)
_____	CULTURALES	(COSTUMBRES, HÁBITOS, CREENCIAS, ETC.)

24. TUS CONOCIMIENTOS SOBRE HIGIENE BUCAL SON:

A) MUY BUENOS B) BUENOS C) SUFICIENTES D) NULOS

25. ¿QUIÉN COMPRA TU CEPILLO DENTAL?

A) TÚ MAMÁ B) TÚ PAPÁ C) AMBOS D) TU MISMO E) OTRA PERSONA

26. ELIGES TU CEPILLO DENTAL POR:

A) PRECIO B) TAMAÑO C) MARCA D) TEXTURA E) MODELO

F) POR RECOMENDACIÓN DE QUIEN: _____

27. ¿CONOCES LAS CARACTERÍSTICAS PARTICULARES QUE DEBE TENER TÚ CEPILLO DENTAL?

SI

NO

28. ¿SABES SI REALMENTE EL CEPILLO DENTAL QUE UTILIZAS ES EL ADECUADO PARA TI?

 SI

 NO

29. UTILIZAS PASTA DENTAL?

 SI

 NO

30. LA PASTA DENTAL QUE UTILIZAS TU O TÚ FAMILIA LA ADQUIEREN POR:

- A) MARCA B) PRECIO C) SABOR D) CON FLÚOR E) SIN FLÚOR
 F) BLANQUEADORA G) OTRA _____

31. TE CEPILLAS LOS DIENTES:

- A) SÓLO EN LAS MAÑANAS B) POR LA MAÑANA Y NOCHE C) POR LA MAÑANA Y TARDE
 D) POR LA TARDE Y NOCHE E) OTRA _____

32. CUÁNTAS VECES AL AÑO ACUDES AL DENTISTA?

- A) + DE 5 B) 3-4 VECES C) 1-2 VECES D) NINGUNA U OCASIONAL

33. ¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO MOTIVO DE TU VISITA AL DENTISTA?

- A) REVISIÓN PERIÓDICA B) CARIES C) LIMPIEZA D) DOLOR
 E) OTRO _____

34. ¿UTILIZAS HILO DENTAL?

 SÍ

 NO

PORQUE: _____

35. ¿UTILIZAS ENJUAGUE BUICAL?

 SÍ

 NO

PORQUE: _____

36. ¿TÉ CEPILLAS LA LENGUA?

 SÍ

 NO

PORQUE: _____

37. ¿SABES PARA QUÉ SIRVE EL FLÚOR?

 SÍ

 NO

MUCHAS GRACIAS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ANEXO 3

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DEL SEMINARIO
DE TITULACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL**

**ING. JOSÉ LUIS DOMINGUEZ SEGOVIA
DIRECTOR ESC. SEC. TÉCNICA No. 93
P R E S E N T E**

Solicito muy atentamente su autorización para que el pasante **SEGUNDO GARDUÑO VERÓNICA** con No. de cuenta 9321583-9, realice su investigación para elaborar la tesina: **LA IMPORTANCIA QUE LE DA EL ADOLESCENTE AL CUIDADO BUCAL** en la Institución que Usted tan dignamente dirige.

Sin más por el momento y esperando contar con su apoyo, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo,

A t e n t a m e n t e,
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cd. Universitaria, D. F., a 10 de Junio de 2004

LA COORDINADORA

C.D PATRICIA HENONÍN PALACIO
Prof. Asignatura de Educación para la Salud Bucal

*Recibí original
Basani R.
11 junio 2004.*



S. E. P.
REGIÓN ORAL DE EDUCACIÓN
SECUNDARIA TÉCNICA
E. S. T. No. 93
1970 CASTELLANOS

*Cita para el martes 22 de junio 2004
Actividad el grupo por Grado (aplicación de cuestionario).*



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

ANEXO 4

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DEL SEMINARIO
DE TITULACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL**

**MTRA. ROSALINDA DURÁN PAYAN
SUBDIRECTORA ESC. SEC. DIURNA NO. 261
TURNO VESPERTINO
P R E S E N T E**

Solicito muy atentamente su autorización para que la pasante **SEGUNDO GARDUÑO VERÓNICA** con No. de cuenta 9321583-9, realice un programa de Educación para la Salud : **LA IMPORTANCIA QUE LE DA EL ADOLESCENTE AL CUIDADO BUCAL** en la Institución que Usted tan dignamente dirige.

Sin más por el momento y esperando contar con su apoyo, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo,

A t e n t a m e n t e,
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Cd. Universitaria, D. F., a 10 de Junio de 2004

LA COORDINADORA

C.D MARIA ELENA NIETO CRUZ

*Recibi original
14-06-04*

Anexo 5
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE TITULACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1. NOMBRE _____ 2. EDAD

--	--

 3. SEXO

F	M
---	---

EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, MARCA O COLOCA LA LETRA DE LA RESPUESTA CORRECTA DENTRO DEL CUADRO CORRESPONDIENTE.

4. MENCIONA LA ESCOLARIDAD DE TUS PADRES. PADRE MADRE
 A) PRIM INCOMPLETA B) PRIM. COMPLETA C) SECUNDARIA D) PREPARATORIA
 E) TÉCNICO F) PROFESIONAL G) POSGRADO H) NINGÚN ESTUDIO

5. MENCIONA LA OCUPACIÓN DE TUS PADRES. PADRE MADRE
 A) COMERCIANTE B) EMPLEADO C) TÉCNICO D) AMA DE CASA
 E) PROFESIONISTA F) CHOFER G) OBRERO H) EMPRESARIO

7. LA CASA EN DONDE VIVES ES:
 A) PROPIA B) RENTADA C) PRESTADA D) OTRA

8. ¿CUÁNTAS HABITACIONES TIENE TU CASA?

9. ¿CUÁNTOS HABITANTES VIVEN EN ELLA?

10. ¿LA COLONIA DONDE VIVES CUENTA CON DRENAJE? SÍ NO

11. ¿LA COLONIA EN DONDE VIVES TIENE ALUMBRADO PÚBLICO? SÍ NO

12. ¿QUÉ IMPORTANCIA CREES QUE TENGA LA ATENCIÓN DENTAL?
 A) MUCHA B) MÁS O MENOS C) POCA D) NINGUNA

13. ¿QUÉ IMPORTANCIA LE OTORGAS A TU CUIDADO DENTAL?
 A) MUCHA B) MÁS O MENOS C) POCA D) NINGUNA

14. ¿QUÉ IMPORTANCIA LE OTORGA TU FAMILIA A TU CUIDADO DENTAL?
 A) MUCHA B) MÁS O MENOS C) POCA D) NINGUNA

15. ¿CUÁNTAS VECES QUE RECUERDESTE HAN LLEVADO AL DENTISTA?
 A) CADA 6 MESES B) UNA C) NINGUNA D) OTRA

16. LA IMPORTANCIA DE TENER UNA BUENA SONRISA ES:
 A) MUCHA B) MÁS O MENOS C) POCA D) NINGUNA

17. LA IMPORTANCIA DEL ALIENTO EN UNA PERSONA ES:
 A) MUCHA B) MÁS O MENOS C) POCA D) NINGUNA

18. ¿CONOCES O HAS CONOCIDO A UNA PERSONA QUE TENGA MAL ALIENTO? SÍ NO

19. ¿LE HAS DICHO ALGO ACERCA DE SU MAL ALIENTO?

(MARCA SÍ O NO Y LA OPCIÓN CORRESPONDIENTE)

SI PORQUE:

- CREEΣ QUE ES IMPORTANTE SOCIALMENTE
- PODRÍA TENER UN PROBLEMA DE SALUD
- OTRA _____

NO PORQUE

- TE DA PENA
- NO SABES COMO DECIRLO
- OTRA _____

20. ¿CONOCES QUE ES LA ORTODONCIA?

SÍ

NO

21. ¿HAS PENSADO EN LA POSIBILIDAD DE HACERTE UN TRATAMIENTO DE CORRECCIÓN DENTAL? (FRENOS)

SI PORQUE

- QUIERES MEJORAR TU ASPECTO
- CREEΣ TENER PROBLEMA AL MORDER
- OTRO _____

NO PORQUE

- NO TE INTERESA
- CUESTIONES ECONÓMICAS
- CREEΣ QUE NO ES IMPORTANTE
- NO LO NECESITAS
- OTRO _____

22. ENUMERA DEL 1 AL 5 POR ORDEN DE IMPORTANCIA LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CUIDADO BUCODENTAL (NIVEL POBLACIONAL)

(1= MAYOR IMPORTANCIA, 5= MENOR IMPORTANCIA)

- | | | |
|-------|---------------|--|
| _____ | SOCIALES | (APARIENCIA SOCIABILIDAD) |
| _____ | NUTRICIONALES | (INGESTA ADECUADA DE ALIMENTOS) |
| _____ | FISIOLÓGICOS | (MASTICAR ADECUADAMENTE) |
| _____ | ECONÓMICOS | (SOLVENCIA ECONÓMICA) |
| _____ | CULTURALES | (COSTUMBRES, HÁBITOS, CREENCIAS, ETC.) |

23. ENUMERA DEL 1 AL 5 POR ORDEN DE IMPORTANCIA LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CUIDADO BUCODENTAL (NIVEL PERSONAL)

(1= MAYOR IMPORTANCIA, 5= MENOR IMPORTANCIA)

- | | | |
|-------|---------------|--|
| _____ | SOCIALES | (APARIENCIA SOCIABILIDAD) |
| _____ | NUTRICIONALES | (INGESTA ADECUADA DE ALIMENTOS) |
| _____ | FISIOLÓGICOS | (MASTICAR ADECUADAMENTE) |
| _____ | ECONÓMICOS | (SOLVENCIA ECONÓMICA) |
| _____ | CULTURALES | (COSTUMBRES, HÁBITOS, CREENCIAS, ETC.) |

24. TUS CONOCIMIENTOS SOBRE HIGIENE BUCAL SON:

- A) MUY BUENOS B) BUENOS C) SUFICIENTES D) NULOS

25. ¿QUIÉN COMPRA TU CEPILLO DENTAL?

- A) TÚ MAMÁ B) TÚ PAPÁ C) AMBOS D) TU MISMO E) OTRA PERSONA

26. ELIGES TU CEPILLO DENTAL POR:

- A) PRECIO B) TAMAÑO C) MARCA D) TEXTURA E) MODELO
 F) POR RECOMENDACIÓN DE QUIEN: _____

27. ¿CONOCES LAS CARACTERÍSTICAS PARTICULARES QUE DEBE TENER TU CEPILLO DENTAL?

 SÍ

 NO

28. ¿SABES SI REALMENTE EL CEPILLO DENTAL QUE UTILIZAS ES EL ADECUADO PARA TI?

 SÍ

 NO

29. UTILIZAS PASTA DENTAL?

 SÍ

 NO

30. LA PASTA DENTAL QUE UTILIZAS TU O TU FAMILIA LA ADQUIEREN POR:

A) MARCA B) PRECIO C) SABOR D) CON FLÚOR E) SIN FLÚOR
F) BLANQUEADORA G) OTRA _____

31. TE CEPILLAS LOS DIENTES:

A) SÓLO EN LAS MAÑANAS B) POR LA MAÑANA Y NOCHE C) POR LA MAÑANA Y TARDE
D) POR LA TARDE Y NOCHE E) OTRA _____

32. CUÁNTAS VECES AL AÑO ACUDES AL DENTISTA?

A) + DE 5 B) 3-4 VECES C) 1-2 VECES D) NINGUNA U OCASIONAL

33. ¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO MOTIVO DE TU VISITA AL DENTISTA?

A) REVISIÓN PERIÓDICA B) CARIES C) LIMPIEZA D) DOLOR
E) OTRO _____

34. ¿UTILIZAS HILO DENTAL?

 SÍ

 NO

PORQUE: _____

35. ¿UTILIZAS ENJUAGUE BUICAL?

 SÍ

 NO

PORQUE: _____

36. ¿TÉ CEPILLAS LA LENGUA?

 SÍ

 NO

PORQUE: _____

37. ¿SABES PARA QUÉ SIRVE EL FLÚOR?

 SÍ

 NO

PARA: _____

MUCHAS GRACIAS