



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

ABORDAJE PSICOLÓGICO, CONDUCTUAL Y  
ESTOMATOLÓGICO EN ADOLESCENTES.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

YESSICA CRUZ ORTEGA

TUTORA: Esp. ELIZABETH QUINTINO CÍNTORA

ASESOR: Esp. CÉSAR DARÍO GONZÁLEZ NÚÑEZ



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.



## AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme llegar a este momento, en la culminación de este proyecto. Por nunca soltarme de su mano, por ser mi guía y mi fortaleza en ti confié ciegamente y hacia ti dirijo mis logros.

A Mis Padres. Gracias por darme el honor de ser su hija, por su amor que los condujo al trabajo y al sacrificio durante estos años, porque gracias a eso he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Me siento bendecida al tenerlos y orgullosa de quienes son.

A mis hermanos. Gracias por los buenos y malos ratos que hemos pasado, por acompañarme en esta vida, por ser un gran apoyo cuando más lo he necesitado.

A ti Katy por enseñarme que los verdaderos amigos si existen, por tus consejos y regaños cuando flaqueaba, no pude haber elegido mejor hermana que tú. Te adoro amiga.

---



A mi tutora, la Dra. Elizabeth Quintino Cíntora que tuve el honor de conocerla en el trayecto de la carrera y quien ha dejado una huella importante, me enseñó e impulsó por la carrera más noble que es la Odontopediatría.

A mi asesor el Dr. Cesar Darío González Núñez quien tuve la fortuna de conocerlo en la culminación de la licenciatura, gracias por compartir su sabiduría y experiencia.

A mi Facultad de Odontología.

Por ser un sueño hecho realidad, por enseñarme la profesión más noble que existe, por haberse convertido en mi segunda casa.

---



## INDICE

### INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES.....	1
2. TEORÍAS DEL DESARROLLO HUMANO.....	5
2.1 Desarrollo Psicosexual. (Sigmund Freud).....	5
2.2 Desarrollo de la Personalidad. (Eric Homburger Erikson)...	7
2.3 Desarrollo Cognoscitivo. (Jean Piaget).....	10
2.4 Psicología Evolutiva. (Arnold Gessell).....	12
3. ADOLESCENCIA	
3.1 Definición.....	14
3.2 Cambios Biopsicosociales en las fases de la Adolescencia..	15
3.1.1 Adolescencia temprana o Pubertad.....	17
3.1.2 Adolescencia o Adolescencia medía....	18
3.1.3 Juventud o Adolescencia tardía.....	19
4. CLASIFICACIÓN DE CONDUCTA.....	20
5. TRIADA ODONTOLÓGICA.....	24

---



6. ENFERMEDADES BUCODENTALES FRECUENTES EN LA ADOLESCENCIA.....	27
6.1 Caries.....	28
6.2 Hipomineralización Incisivo molar.....	30
6.3 Enfermedad Periodontal.....	32
6.4 Maloclusión.....	34
6.5 Trastornos articulares.....	36
6.6 Traumatismos.....	37
7. MANEJO ODONTOLÓGICO .....	38
8. MÉTODOS PREVENTIVOS EN LA ADOLESCENCIA.....	40
9. CONCLUSIONES.....	46
10. GOSARIO.....	47
11. BIBLIOGRAFÍA.....	48

---



## INTRODUCCIÓN

El área de la Odontología tiene como objetivo principal prevenir, mantener y devolver la salud bucal a las personas para mejorar su calidad de vida, entre ellos hay un grupo vulnerable, la adolescencia que comprende una fase peculiar del desarrollo humano, quienes atraviesan una transición entre la infancia y la vida adulta, en donde ocurren innumerables y rápidos cambios biopsicosociales convirtiéndose en un reto para la práctica Odontológica.

Los conocimientos biopsicosociales aportan al Cirujano Dentista los fundamentos para comprender el desarrollo y la maduración de la inteligencia del adolescente, facilitando así la atención de la salud bucal en sus fases clínicas, de educación, promoción y la prevención de enfermedades en este grupo vulnerable.

Las diferentes Teorías psicológicas aportan bases en relación al desarrollo humano para entender el proceso evolutivo que va desde el nacimiento hasta la vida adulta así como los cambios en cada etapa, divididos de acuerdo a la edad, conociendo de esta manera las características principales de la adolescencia facilitando la relación Cirujano Dentista-paciente adolescente, quienes muestran un desequilibrio e inestabilidad emocional.

---



No existe un esquema de abordaje estandarizado para tratar con los adolescentes en las distintas áreas odontológicas provocando así el descuido por parte de los profesionales y el abandono del adolescente sobre la salud bucal, es por ello que la responsabilidad de la atención de este grupo vulnerable debe ser del Odontopediatra siendo el primer paso para una buena relación, la confianza donde el adolescente ve como una amigo al Odontopediatra con quien puede hablar sobre cualquier tema sin sentir vergüenza, obteniendo de esta manera éxito en el tratamiento.

---



## 1. ANTECEDENTES

A lo largo de los tiempos a los jóvenes se les ha ido llamando de diferentes maneras como lo son: chicos, muchachos, jóvenes o chavales.<sup>1</sup> No fue hasta el año 1911 donde G. Stanley es uno de los primeros psicólogos que utilizó métodos científicos para la investigación de los primeros estudios sobre la adolescencia y la describe, como un período de “tormenta e ímpetu”.<sup>2</sup>

En 1942 por primera vez William Greulich establece un método científico para evaluar el crecimiento y desarrollo de los adolescentes. En ese mismo año James Tañer publica una obra que es fundamental sobre el crecimiento del adolescente. Desde entonces a la fecha la exposición de conocimientos acerca de la adolescencia continúa y se expresa con numerosos trabajos y publicaciones.

Después de la segunda guerra mundial en el área clínica, un gran número de profesionales comenzaron a interesarse por los problemas de salud del adolescente. Para mejorar las condiciones de vida, la disponibilidad de los antibióticos, la nutrición de esta población, las vacunas, la morbilidad producida por las enfermedades infecciosas. Permitieron dirigir la atención del médico, hacia los nuevos problemas que habían sido descuidados con anterioridad: los estilos de vida poco saludables, las conductas de riesgo, el embarazo de la adolescente, las enfermedades crónicas, los trastornos psicosomáticos, los problemas de aprendizaje y los traumatismos deportivos.

---

<sup>1</sup> [http://www.contra-mundum.org/castellano/platt/Mito\\_Adolesc.pdf](http://www.contra-mundum.org/castellano/platt/Mito_Adolesc.pdf)

<sup>2</sup> <http://psicologia.laguia2000.com/la-adolescencia/la-adolescencia-segun-g-stanley-hall>



En resumen, en la segunda mitad de este siglo se dieron un número de cambios que estimularon el interés en la atención médica de los adolescentes y entre ellos se encuentran:

- Los cambios demográficos y sociales, hicieron que el adolescente se hiciera visible y se transformase en un objeto de preocupación.
- Los conceptos de salud pública lograron una transferencia de la medicina curativa a la preventiva.
- La investigación científica produjo importante información acerca del desarrollo psicosocial durante la adolescencia.<sup>3</sup>

Con el paso del tiempo se ha ido profundizando el interés por el estudio de la adolescencia, con la interdisciplinariedad de los siguientes estudios como la Medicina, Psicología, Sociología y Odontología, que han contribuido de manera muy importante para la comprensión del abordaje al adolescente.<sup>4</sup>

Para el año de 1998 Arantes hace referencia sobre los conflictos vividos en esta etapa, que comienza con una fase de alteraciones y adaptaciones biológicas, psíquicas, sociales, que son totalmente internas pero frecuentemente se muestran en el comportamiento exterior.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> <http://biblio2.ugb.edu.sv/bvirtual/8288/capitulo2.pdf>

<sup>4</sup> Cancado FM. Art. El papel del odontólogo como facilitador de la relación con el paciente adolescente: una revisión de literatura. Odontoestomatología. Vol. XII (14). 2010, Pág.16

<sup>5</sup> Arantes MH. Crecimiento en la adolescencia y transformaciones biológicas. XXVIII. Grupo Brasileiro de Profesores de Ortodoncia y Odontopediatría. Vol. 7, 1998.



Desde hace mucho tiempo se ha generado la preocupación de quien debe ser el responsable de la atención de la salud del adolescente. La Academia Americana de Pediatría en 1972 amplió la responsabilidad del Médico Pediatra que pasó a asumir al paciente durante su gestación hasta la adolescencia.

A nivel internacional de acuerdo con Brown, la responsabilidad de la atención Odontológica del adolescente debería ser responsabilidad del Odontopediatría.<sup>6</sup> Como lo enfatizaron Silva, Paixão y Pordeus en 1997, sobre la falta de atención específica para los adolescentes en el área odontológica, ya que ellos son atendidos frecuentemente junto con los pacientes adultos. Y en el mismo año Kaplan y Mammel mencionan que las afecciones bucodentales representan uno de los mayores problemas de la salud en la adolescencia sin embargo, desde el punto de vista odontológico, los adolescentes continúan con una falta grave de atención específica, dirigida a sus necesidades particulares, en especial en el aspecto del comportamiento.<sup>7</sup>

La mayoría de las Facultades de Odontología en su plan de estudios para la enseñanza planifican un modelo de atención odontológica dirigida especialmente hacia el niño o al adulto. De esta forma, la atención al adolescente queda generalmente delegada al clínico general.

---

<sup>6</sup> Brown JC. Patient noncompliance: a negligent topic in dentistry. JADA. Vol. 103, Pág. 567-569, 1981.

<sup>7</sup> Kaplan DW, Mammel KA. Adolescencia: Diagnóstico y Tratamiento en Pediatría. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.



Se ha observado que con el poco conocimiento de las alteraciones biopsicosociales, características de estos jóvenes, junto a las constantes demostraciones de conductas adaptativas a estas transformaciones de cada fase de la adolescencia hacen que se convierta en un paciente “difícil”, y esto dificulta la relación con el Cirujano Dentista, complicando el éxito del tratamiento.

Para que el adolescente reciba un adecuado tratamiento, el Cirujano Dentista que adquiera el compromiso de atenderlos deberá dedicar parte de su formación al conocimiento del comportamiento del adolescente con el fin de lograr su cooperación y participación en el cuidado de la salud bucal, a través de un abordaje psicológico adecuado. El primer paso para un buen cuidado dental para estos pacientes, es la confianza ya que con ello logrará que el adolescente logre ver al Cirujano como un amigo, alguien que puede hablar sobre cualquier tema sin sentir vergüenza. Un diálogo abierto entre el Cirujano Dentista y el Paciente pueden ayudar a desentrañar la causa de muchos problemas.

Actualmente, en las ciencias de la salud se reconoce a la Hebiatría que como la Medicina que estudia al adolescente y las particularidades de su salud y enfermedad. Asimismo, la Odontohebiatría se refiere a la atención de la salud bucal de los adolescentes con énfasis en la prevención y la promoción integrando con especial relevancia la estética y cosmética tan valoradas en esta etapa.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Cançado. Op.cit. Pág.17



## 2. TEORIAS DEL DESARROLLO HUMANO

El desarrollo humano es un tema de gran complejidad, razón por la cual ninguna teoría puede englobar todos sus aspectos. Las ideas que exponen las teorías se concentran en un aspecto particular del comportamiento que se manifiesta a través de la existencia humana, como factores Biológicos, Psicológicos y Socioculturales. Las teorías son esenciales e intentan explicar los “porqués” y la importancia que tienen en la vida de los individuos, siempre con el mismo objetivo. No existen teorías del desarrollo humano verdaderamente exhaustivas y sirven como base para la investigación del comportamiento humano.

### 2.1 Desarrollo Psicosexual. (Sigmund Freud)

Nació el 6 de mayo de 1856 en República Checa – Murió el 23 de septiembre de 1939 en Londres. Médico neurólogo y Padre del Psicoanálisis. La teoría de Freud, (Cuadro 1) subraya la importancia de la maduración física en la Adolescencia, el impulso sexual se dispara y provoca un surgimiento de los sentidos edípicos e incluso fantasías sexuales, la masturbación se convierte en una actividad normal, son frecuentes los enamoramientos y dan lugar a las primeras relaciones sexuales. Pero comienza el distanciamiento del adolescente hacia sus padres, teniendo sentimientos de invasión y se traduce en una redistribución de espacios en el territorio familiar, buscando espacios privados en casa y espacios fuera de ella.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Padreira JL, Alvares LM. Art Desarrollo Psicosocial de la Adolescencia: bases para una comprensión. Documentacion Social 120 (2000) Pág. 80

**Cuadro 1 Estados del desenvolvimiento Psicosexual, según Freud<sup>10</sup>**

ESTADOS	EDAD	CENTRO DEL PLACER	CARACTERÍSTICAS
Oral	0-1 año	Boca	<ul style="list-style-type: none"> <li>La boca, es el vínculo inicial que establecerá las bases de las futuras ligaciones afectivas del niño, quien busca supervivencia, conocimiento del mundo y placer.</li> </ul>
Anal	1-3 años	Ano	<ul style="list-style-type: none"> <li>A medida que el desarrollo neurológico progresa, el niño pasa a tener más sensaciones en la región anal, comienza andar, a hablar y a controlar los esfínteres.</li> </ul>
Fálica	3-5 años	Genitales	<ul style="list-style-type: none"> <li>El principal evento es la relación triangular, en el cual el niño se identifica con el padre y pasa a desear al sexo opuesto.(Fig.1)</li> </ul>
Latencia	6-12 años	Ninguna zona específica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicia la escolarización. Proceso de identificación con uno de los padres del mismo sexo.</li> </ul>
Genital	12-18 años	Genitales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comienza el interés por la vida sexual. Es una etapa de fragilidad, depresión y ansiedad, la culpa por las pulsaciones sexuales son características de esta etapa.</li> </ul>



Figura 1. Estado Fálica<sup>11</sup>

<sup>10</sup> Oswaldo CJ. “Fundamentos de la Odontología Pediátrica”. Editorial Santos. Pág. 31-37

<sup>11</sup> <http://psicologia-grupo560.blogspot.mx/2010/10/complejo-de-edipo.html>



Las experiencias del niño durante estas etapas moldean su personalidad de adulto: si en alguna de ellas no logra resolver los conflictos psicosexuales, si sufre una gran privación o si consienten demasiado, su desarrollo psicosexual se frena y su carácter se forma a partir del problema no resuelto y en su conducta se verá de manera inconscientemente la necesidad de revivir el conflicto de dicho periodo. Aunque el desarrollo psicológico continúa, le seguirá afectando “la falta de solución” del periodo fijado. Aparece entonces una conducta inmadura o inadaptada. .<sup>12</sup>

## 2.2 Desarrollo de la Personalidad. (Eric Homburger Erikson)

Nació en Alemania (1902-1994). Estudió Psicoanálisis con Freud y se volvió Psicoanalista infantil.<sup>13</sup> Erikson coincide con Freud al proponer la existencia de fases en el desarrollo de la personalidad. Pero no las llama psicosexuales sino psicosociales. Afirma que el desarrollo de la personalidad continúa durante toda la vida y que no queda determinada específicamente en la niñez. (Fig. 2)

Según Erikson, éste desarrollo se realiza en ocho etapas por las cuales pasan los Seres Humanos a lo largo de su existencia donde cada vez son más extensas las relaciones humanas.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup>[http://portalacademico.cch.unam.mx/materiales/prof/matdidac/sitpro/exp/psico/psico2/pscll/MD1/MD1-L/teorias\\_desarrollo.pdf](http://portalacademico.cch.unam.mx/materiales/prof/matdidac/sitpro/exp/psico/psico2/pscll/MD1/MD1-L/teorias_desarrollo.pdf)

<sup>13</sup> Biehler JS. “Psicología aplicada a la enseñanza”. Editorial Limusa. 1992. Pág. 53-56

<sup>14</sup> Collin, C; Benson, N. El libro de la Psicología México. Altea 2012. Pág. 272-273

La tarea del adolescente es conseguir la identidad del yo, que definirá quién es y hacia dónde va, el sabe que ya no es un niño, pero no sabe que será en un futuro, y se encuentra en un punto intermedio en la búsqueda de su identidad. (Cuadro 2)

El cuerpo es el primer organizador de la identidad, los cambios corporales conllevan una nueva imagen que otorga al cuerpo una identidad sexual una identidad de género que es un conjunto de rasgos y características socioculturales propias de lo masculino y femenino. La pérdida de este sentimiento de confianza y seguridad en sí mismo, lo lleva a un sentimiento de confusión de la identidad, obstaculizando el desarrollo de la personalidad Adulta.<sup>15</sup>



Figura 2. Desarrollo de la personalidad según Erikson<sup>16</sup>

<sup>15</sup> Padreira JL, Op. Cit. Pág. 68

<sup>16</sup><http://lizethjohanalaprofe.blogspot.mx/2011/05/etapas-del-desarrollo-psicosexual-segun.html>



**Cuadro 2 Estados de desarrollo propuestos por Erikson.<sup>17 18</sup>**

ESTADOS	EDAD	CRISIS PSICOSOCIALES
I 0-1 año	Confianza contra desconfianza.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Él niño aprende a confiar en su propio cuerpo, a través de las respuestas positivas de los padres. La desconfianza se desencadena cuando se siente abandonado por los padres.</li> </ul>
II 2-3 años	Autonomía frente a vergüenza o duda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se le permite que explore y manipule el medio ambiente que lo rodea será capaz de desarrollar autonomía. Si por el contrario los padres son impacientes y hacen las cosas por él puede dudar de su habilidad para manejar su ambiente.</li> </ul>
III 4-5 años	Iniciativa frente a sentimientos de culpabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con el juego imagina una situación futura y toma la iniciativa de convertir lo irreal en algo real. Él niño aprende que sus actos traerán consecuencias y comienza a sentir culpa y de esta manera establece el juicio moral.</li> </ul>
IV 6-11 años	Producción contra inferioridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquiere habilidades que lo ayudan a insertarse en la sociedad. Si se le reconoce por cada esfuerzo que realiza, tenemos como resultado la producción. Si no se le anima desencadenará un sentimiento de inferioridad e incompetencia.</li> </ul>
V 12- 18 años	Identidad contra confusión de Roles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Comprende la etapa de la adolescencia.</b> La finalidad de esta etapa es la identidad del ego, y el peligro es la confusión de roles, sobre todo las dudas respecto de la identidad sexual y ocupacional por qué no logran tener una estabilidad.</li> </ul>
VI Joven Adulto 20-30 años	Intimidad frente al aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay una culminación de la madurez psicosexual que consiste en la capacidad de desarrollar una relación sexual saludable con el ser amado con quién compartirá una confianza mutua y desarrollará la fuerza ética necesaria para ser fiel a esos lazos. Si no se logra esto se produce un sentimiento de aislamiento.</li> </ul>
VII Edad media 30-50 años	Generatividad y estancamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La generatividad es la preocupación por establecer y guiar a la siguiente generación, quienes son incapaces de hacerlo se vuelven víctimas del estancamiento.</li> </ul>
VIII Vejez + 50 años	Integridad contra desesperación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La integridad es la aceptación de uno mismo. La desesperación expresa el sentimiento de que el tiempo ahora es breve para tratar de iniciar una nueva vida.</li> </ul>

<sup>17</sup> Bordoni N. Odontología Pediátrica “La Salud Bucal del Niño y el Adolescente en el mundo Actual”. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina. 2010 Pág.65

<sup>18</sup> Bordignon NA. Art. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación 2005; 250-63.

## 2.3 Cognoscitivo. (Jean Piaget)

Nació en Suiza en 1896, era biólogo. Freud y Erikson utilizaron el enfoque psicodinámico, preocupados por las etapas del desarrollo social y del desarrollo de la personalidad. Por su parte Jean Piaget recurrió al enfoque cognoscitivo y se centró sobre todo en los estadios del desarrollo, clasificándolo en 4 estados.<sup>19</sup> (Cuadro 3)

Según Piaget, durante la adolescencia se desarrolla el pensamiento formal. (Fig. 3) Desde la fase anterior de las operaciones concretas comienza de forma gradual, a dominar nociones abstractas adquiriendo el pensamiento formal en la adolescencia, que se orienta hacia el futuro, empezando a construir proposiciones que cambiarán el pensamiento de lo real a lo posible. Este pensamiento formal permite al adolescente pensar, no solo en su existencia sino también en las otras personas<sup>20</sup>



Figura 3. Pensamiento formal<sup>21</sup>

<sup>19</sup> Sarason, S. Psicología: fronteras de la conducta. México: Harla 1997, 2000.

<sup>20</sup> Padreira JL. Op. cit. Pág. 81

<sup>21</sup><http://3.bp.blogspot.com/cev8JutxDqQ/UNtzMXSQoUI/AAAAAAAAApA/NQGS1b9hovo/s1600/a-editorial8.JPG>



**Cuadro 3** *Teoría Cognitiva de Piaget* <sup>22</sup>

<b>ESTADOS</b>	<b>EDAD</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>I Sensorio- Motor</b>	0-2 años	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comienza la captación del ambiente por los sentidos y la manipulación de objetos. Las experiencias sensoriales como la visión, sonido, tacto y paladar se vuelven coordinadas.</li></ul>
<b>II Pre- operacional</b>	2-7 años	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comienza el desenvolvimiento del lenguaje, pero aún no posee el dominio verbal. Es un periodo de transición, sin estabilidad. Aprende el nombre y la clasificación de los objetos refinando la capacidad sensorial motora.</li></ul>
<b>III Operaciones concretas</b>	7-11 años	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adquiere la capacidad de cooperación y no confunde su punto de vista con el de otros ya que desaparece el lenguaje egocéntrico. Comienzan los cambios en las actitudes sociales, obtiene capacidad de reflexión y piensa antes de actuar.</li></ul>
<b>IV Operaciones formales</b>	12 años	<ul style="list-style-type: none"><li>• Muestra interés por problemas actuales, sin relación con la realidad diaria, y por situaciones futuras a menudo irreales. Es capaz de reflexionar sobre operaciones concretas independientes de los objetos. En esta etapa el adolescente se coloca como igual con los mayores pero quiere sobrepasarlos y sorprenderlos transformando el mundo.</li></ul>

<sup>22</sup> Bordoni. N. Op.cit. pág. 65



## 2.4 Psicología Evolutiva. Arnold Gesell

Gesell, otorgó al odontólogo un instrumento científicamente válido para manejar la situación de la atención odontológica con relación a la edad del paciente<sup>23</sup>. Su trabajo consistió en observar los diferentes comportamientos de niños desde su nacimiento, realizando un estudio descriptivo y dividiendo la conducta en cuatro campos (cuadro 4). Define la conducta como la expresión del desarrollo mental a medida que este crece, se desarrolla y madura, lo expresa en conductas. En cada edad permite definir un perfil de conducta así como el crecimiento físico puede medirse en peso y talla, el crecimiento mental se mide por las pautas de la conducta que van apareciendo a diferentes edades como se explica en el siguiente cuadro. (Cuadro 5)

<b>Cuadro 4 Campos de Conducta Infantil <sup>24</sup></b>	
<b>CONDUCTA</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>Conducta motora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluye todos los movimientos, la presión y las posturas.</li> </ul>
<b>Conducta del lenguaje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluye todas las formas de comunicación, el llanto, los gestos, hasta llegar al lenguaje articulado.</li> </ul>
<b>Conducta adaptativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es la capacidad de reconocer los elementos significativos e incorporarlos a experiencias previas.</li> </ul>
<b>Conducta personal-social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacciones que los niños tiene hacia las personas y el mundo social que lo rodea.</li> </ul>

<sup>23</sup> <http://www.odon.edu.uy/catedras/odontope/teoricos/fundamentos.pdf>

<sup>24</sup> Bordoni. Op.cit. pág. 65

**Cuadro 5 Perfil de Conducta en la Adolescencia**<sup>25</sup>

EDAD	PERFIL DE CONDUCTA EN EL ADOLESCENTE
12 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>Están en equilibrio, aceptan todo lo que ocurre a su alrededor.</li> </ul>
13 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>Están en desequilibrio, su rasgo dominante es la introversión.</li> </ul>
14 Años	<ul style="list-style-type: none"> <li>El equilibrio se expresa con una conducta de expansividad y vigor, están siempre en continuo movimiento.</li> </ul>
15 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existe una conducta neurótica, contradictoria y difícil de tratar.</li> </ul>
16 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se encuentran en periodos equilibrados y muestran una conducta consolidadas. Es una edad donde se culmina un ciclo y se inicia el siguiente, llamado también Nodales o Focales.</li> </ul>

A continuación se muestra un cuadro comparativo con las diferentes teorías del desarrollo Humano de cada personaje y su descripción sobre la etapa de la Adolescencia. (Cuadro 6)

**Cuadro 6 Ciclo vital según diferentes corriente Psicológicas**<sup>26</sup>

EDAD	FREUD	ERIKSON	PIAGET	GESELL	
10- 25 AÑOS  Adolescente -Temprano -Medio -Tardío	<u>Genital</u> Duelos por: -Cuerpo -Padres -Rol -Ideal del yo -Identidad adulta	<u>Identidad</u> vs <u>Difusión de personalidad</u>	<u>IV Operatorio</u> <u>Formal</u> 13-14 años	<b>12 años</b> Balanceado	
		↓			<b>13 años</b> Introspectiva
		<b>Fidelidad</b>	-Capacidad de abstracción -Hipotético deductivo -Proyección del Futuro -Mente Adulta	<b>14 años</b> Fuera de límites	
				<b>15 años</b> Neurótica	
				<b>16 años</b> En foco	

<sup>25</sup> Ib. Pág. 68

<sup>26</sup> Ib. Pág. 67

### 3. ADOLESCENCIA

#### 3.1 Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasifica en tres estadios: pubertad, adolescencia y juventud.

La pubertad es la primera fase de la adolescencia y de la juventud, normalmente se inicia a los 10 años en las niñas, y a los 11 años en los niños, y finaliza a los 14 o 15 años. Y se lleva a cabo el proceso de cambios físicos, en el cual el cuerpo del niño o niña adquiere la capacidad de la reproducción sexual, la adolescencia (Fig.4), es el período de transición biopsicosocial que ocurre entre la Infancia y la vida Adulta; y la juventud es el estado que abarca los momentos intermedios y finales de la adolescencia así como los primeros de la edad adulta, y en un encuadre social comprende los grupos etarios entre los 15 y los 25 años.<sup>27</sup>



Figura 4. Adolescencia<sup>28</sup>

<sup>27</sup> Mafla AC. Art. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. Colombia Médica. 2008. Pág. 43

<sup>28</sup> <http://img.tangram.edu.pe/wp-content/uploads/2012/09/adolescentes.jpg>



### 3.2 Cambios Biopsicosociales en las fases de la Adolescencia

Desde el punto de vista biológico la adolescencia se caracteriza por el rápido crecimiento, cambios en la composición corporal, desarrollo del sistema respiratorio y circulatorio, el desarrollo de las gónadas, órganos reproductivos y caracteres sexuales secundarios por lo que hay una plena madurez física. (cuadro7)

Al llegar a la pubertad, el hipotálamo actúa sobre la glándula hipófisis para que las hormonas actúen sobre los testículos y los ovarios, llevando a cabo la producción de espermatozoides y hormonas en el varón y óvulos y hormona en la mujer (Fig. 5). Estas hormonas dan lugar a los caracteres secundarios (los primarios son los órganos genitales con los que nacen).

**Cuadro 7 Cambios Biológicos en la Adolescencia**

<b>MUJER</b>	<b>HOMBRE</b>
Maduración de ovocitos. Menstruación. Aumento de vello en axilar y púbica. Desarrollo esquelético, caderas más anchas. Cambio de voz. Desarrollo de glándulas mamarias, sudoríparas y sebáceas.	Producción de espermatozoides. Eyaculación. Aumento de vello en cara, axilas, pubis y extremidades. Desarrollo esquelético: tórax y hombros más anchos. Desarrollo de masa muscular. Cambios de voz: más grave. Desarrollo de glándulas sudoríparas y sebáceas.

Los cambios importantes que se presentan en el hombre es la eyaculación y en la mujer la 1ª menstruación, (menarquía) este cambio se puede presentar entre los 9 y 14 años, los cuales dependen de varios factores tales como la alimentación, la herencia, la influencia endocrina etc.<sup>29</sup>

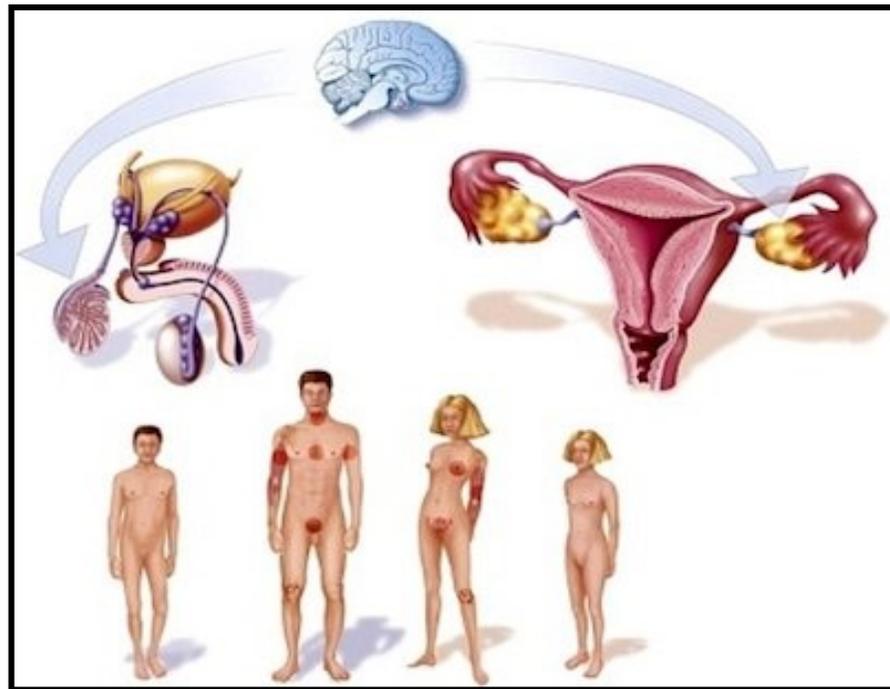


Figura 5. Cambios biológicos en la Adolescencia<sup>30</sup>

<sup>29</sup> <http://biblio2.ugb.edu.sv/bvirtual/8288/capitulo2.pdf>

<sup>30</sup> [http://www.ejemplode.com/36-biologia/3724-caracteristicas\\_de\\_la\\_pubertad.html](http://www.ejemplode.com/36-biologia/3724-caracteristicas_de_la_pubertad.html)



### 3.2.1 Adolescencia temprana o Pubertad

A los 10-13 años comienza un cambio físico notable, le da importancia a los cambios corporales, adquiere signos de autonomía queriendo separarse de sus padres estando en desacuerdo y el enfrentamiento constante con ellos, aunque el distanciamiento es más psicológico que físico, comienza frecuentemente el contacto con los amigos, es habitual que critique las normas ya impuestas con anterioridad pretendiendo modificarlas.<sup>31</sup>

**Cambios psicosociales:** Los cambios físicos descritos anteriormente generan egocentrismo y aquí empieza la lucha del adolescente por su independencia por la pérdida de condición de niño/a, del rol y de la identidad infantil, creando un vacío emocional que puede originar una disminución del rendimiento escolar.

Considera la pérdida de los padres de la infancia aun siendo los mismos los ve muy diferente, la imagen que tiene de ellos es transmitida en términos de desacuerdo, y a menudo es sustituida por otras figuras que toman un valor significativo. Comienza a tomar actitudes de rebeldía y se comporta de manera inestable o variable cariñoso/huraño, sumiso/dominador, dependiente/independiente.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Rahola, RR. La adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. Manual de salud reproductiva en la adolescencia Cap. I. Madrid: Sociedad Española de Contracepción, 2002.

<sup>32</sup> Padreira JL. Op. cit. Pag. 39

### 3.2.2 Adolescencia media

A partir de los 14 -16 años, el adolescente entra en una etapa donde interacciona con personas de su edad; en cambio se aísla de los adultos que hasta ahora influían en su vida: padre, madre, abuelos, profesores; y se hace crítico con ellos.

**Cambios psicosociales** destacan las relaciones sentimentales y amorosas y el inicio de las relaciones sexuales, todo ello en interrelación con los valores y experiencias del grupo de amigos. Predominan cada vez más los conflictos con la familia (Fig. 6) va mostrando menos interés por los padres y dedica mucho más tiempo a sus amigos, defienden su opinión y discuten frontalmente con sus padres en busca de límites, identidad, independencia y libertad.



Figura 6. Conflicto con los padres <sup>33</sup>

<sup>33</sup><http://3.bp.blogspot.com/UjbAUaeEjWE/UV3g90Zn73I/AAAAAAAAADw/6t1ggHggiHE/s1600/78631172.jpg>



### 3.2.3 Juventud o Adolescencia tardía

Es el inicio del fin de esta etapa, la edad de los 17-19 años es un período crítico, pues el joven tiene que definirse con una personalidad única y privada, dándose a la tarea de ser independiente y tener la capacidad de actuar sin ayuda de sus padres, pero está consciente de que debe aceptar la opinión que ellos le brinden. Es el momento en el que empieza el aprendizaje de la relación de pareja. A esta edad aparece la figura de la pareja "fija".<sup>34</sup>

**cambios psicosociales** de la adolescencia tardía existe una definición de su vocación de forma realista y el establecimiento de los valores personales, siendo un período de menor agitación y creciente integración al medio social, aunque no es extraño que algunos adolescentes muestren dificultades para asumir las responsabilidades de la adultez y continúen dependiendo de su familia y amigos. Si el proceso de desarrollo ha sido "normal" el adolescente:

- Se convierte en una entidad independiente de su familia.
- Puede apreciar la importancia del valor de sus padres y de otros adultos.
- Busca y acepta de nuevo el consejo de los padres. Puede valorar todo lo aprendido en el proceso de crecimiento.

---

<sup>34</sup> [http://www.cece.gva.es/orientados/imprimir/familia/fases\\_adolescencia.htm](http://www.cece.gva.es/orientados/imprimir/familia/fases_adolescencia.htm)

## 4. CLASIFICACIÓN DE CONDUCTA

Es complicado clasificar la conducta del adolescente puesto que es un proceso de cambios multifactoriales, los tipos de conducta que frecuentemente se presentan en esta etapa son:

- Conducta oposicionista y desafiante: el adolescente muestra poco o ningún respeto por las figuras autoritarias (Fig.7), como los padres o los educadores. Al mismo tiempo puede tener una mala relación con los compañeros. Es normal que los chicos y chicas con esta conducta culpen de sus errores a los demás y que discutan con frecuencia con los adultos por cualquier tontería.



Figura 7. Conducta desafiante<sup>35</sup>

<sup>35</sup><https://www.google.es/search?q=CONSULTA+DENTAL+CON+ADOLESCENTES>

- Conducta retraída y ausente: muchos adolescentes sienten inseguridad ante las transformaciones de su cuerpo y de su entorno por lo que evitan interactuar con los demás. Esta visión sobre la adolescencia repercute en la confianza en ellos mismos, que las relaciones entre personas de su misma edad son dificultosas y que trate de protegerse de estos cambios de la adolescencia mediante la privación. La clave para tratar con los chicos este tipo de conducta adolescente es reforzar mucho su confianza y motivarle a que se relacione con personas de su edad.
- Conducta despreocupada y festiva: los adolescentes con este tipo de conducta descuidan sus deberes y obligaciones frente a una vida social. (Fig. 8) Se trata de chicos y chicas que no quieren prestar atención a sus estudios, a las tareas del hogar o a otras obligaciones que puedan tener. Aunque en la adolescencia lo habitual es dedicar mucho tiempo y esfuerzos en las relaciones sociales.

Figura 8. Indiferente <sup>36</sup>



<sup>36</sup> <http://www.carrizodental.com.ar/index.php?c=noticias&a=81>

- Conducta fóbica, obsesivo-compulsivo. (Fig.9) El adolescente se enfrenta en un conflicto y ansiedad tratando de reprimir sus pensamientos e impulsos inquietantes. Su fobia implica siempre algo con lo que el adolescente puede encontrarse con frecuencia, la clave para tratarlo es respetar sus relatos, dándole importancia a todos los detalle.



Figura 9. Miedo<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> <http://cuidadoinfantil.net/miedos-infantiles.html>

- Conducta histérico: El adolescente suele expresar sus emociones de manera exagerada, es fácilmente influenciable, necesita recibir continuamente gratificaciones y halagos por parte de los demás, y cuando no lo consigue se siente frustrado y deprimido. (Fig.10)

No soportan la rutina y la monotonía, tienen un afán exagerado de vivir experiencias fuertes y novedosas, sufren muchos altibajos de ánimo y una baja tolerancia a la frustración. No se debe mostrar una postura rígida para no contribuir al distanciamiento.



Figura 10. Adolescente Histérico<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup>[http://www.deguate.com/artman/publish/salud\\_dental/el-miedo-al-dentista-se-contagia-de-padres-a-hijos.shtml#.VEgneSKG9vA](http://www.deguate.com/artman/publish/salud_dental/el-miedo-al-dentista-se-contagia-de-padres-a-hijos.shtml#.VEgneSKG9vA)



## 5. TRIADA ODONTOLÓGICA

Los Adolescentes están expuestos a innumerables factores que aumentan su vulnerabilidad a presentar problemas de higiene bucal, dieta inadecuada, práctica de deportes sin equipamientos de protección, accidentes de todo tipo y la falta de atención odontológica es un factor agravante. El periodo de la adolescencia comprende cambios en la dentición lo cual va acompañado de modificaciones en la saliva, retención de alimentos dificultad de higienización, propiciando así el desarrollo de enfermedades bucales.

Es importante que los adolescentes sepan de las alteraciones que están ocurriendo en su cavidad oral, y es el deber del Cirujano Dentista orientarlos y ayudarlos a superar este periodo que es considerado de alto riesgo para la aparición de enfermedades bucales.

En 1972, la Academia Americana de Pediatría determinó que el Pediatra fuera responsable por el estudio y asistencia a la salud de los adolescentes. Desde septiembre de 2007, la Sociedad Brasileña de Pediatría desarrolla un programa denominado “Adolescencia Saludable: Compromiso de la pediatría”. La cual cede la responsabilidad de la atención bucodental en el Odontopediatra. (Fig. 11)



Figura 11. Atención Odontológica al Adolescente<sup>39</sup>

La primera consulta ejerce una importante influencia en el establecimiento de una buena relación Cirujano Dentista-paciente. Si el adolescente viene acompañado de sus padres, ellos deben estar presentes en la primera consulta (Fig. 12), para que el Cirujano Dentista pueda escucharlos activamente y observar la relación padre e hijo. Es importante resaltar que a los padres se les debe informar acerca de los tratamientos así como las ventajas y desventajas de esto, porque serán ellos los que firmen el consentimiento informado. Sin embargo, el profesional debe tener en mente que el destinatario central de la consulta es el adolescente y que sus padres son importantes para su atención.<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup><http://www.healthymouthshealthyives.org/esMX/dentalcareresources/Questions%20to%20Ask%20Your%20Dentist.aspx>

<sup>40</sup> Cancado. Op. cit. Pág. 24



Figura 12. La presencia de los padres en la consulta<sup>41</sup>

Establecer una buena relación con el paciente adolescente y asegurarle que se mantendrá la privacidad y la integridad sobre la información que le proporciona al momento de la anamnesis, usando un lenguaje que el adolescente entienda y con el que se sienta comfortable, evitando los silencios prolongados y los comentarios negativos o aquellos que impliquen un juicio o criticar, y la mejor forma de evitarlo es hacerlo sentir como una persona y no como un niño o un "caso".<sup>42</sup>

<sup>41</sup> <http://comunidad.uem.es/blogfiles/uem-valencia/image.jpg>

<sup>42</sup> Silber TJ. *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Organización Panamericana de la Salud. 1992. Pág. 1-30



## 6. ENFERMEDADES BUCODENTALES FRECUENTES EN LA ADOLESCENCIA

El acumulo de placa bacteriana trae como consecuencia la presencia de múltiples enfermedades como la caries, enfermedad periodontal que si no son controlados, el riesgo a que se pierda el órgano dentario es muy alto, provocando desequilibrio en el sistema estomatognático. En este grupo de personas por su actividad hormonal y el desarrollo de sus características secundarias son un factor que puede provocar la presencia de enfermedades periodontales.

La American Academy Pediatric Dentistry (AAPD), en su Guía Clínica de Cuidados de Salud Oral para los Adolescentes, estableció las principales alteraciones y las posibles soluciones ante esto, como se explicara en los siguientes puntos.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> Mafla. AC. Op. cit. Pág. 43



## 6.1 Caries

Las enfermedades bucales afectan entre 60 y 90 % de la población en el mundo y la caries dental es considerada la pandemia del siglo XXI y principal patología responsable del daño en la boca, afecta a población de cualquier edad, sexo, condición social y lugar de residencia.

México está considerado por la Organización Mundial de la Salud como un país con alta prevalencia de caries dental, la cual representa un serio problema de salud pública para nuestro país y un reto para las instituciones de salud.<sup>44</sup>

La caries se define como una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana, (Fig.13) siendo uno de las grandes repercusiones epidemiológicas en la población de todas las edades, en especial en la etapa de la adolescencia en donde se observan muchos cambios biopsicosociales.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> Pérez DJ. Art. Encuesta de prevalencia de caries dental en niños y adolescentes.  
Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (1): 25-29

<sup>45</sup> Mafla AC. Op. cit. Pág. 43



Figura 13. Caries en molares permanentes<sup>46</sup>

La adolescencia es por sí sola es un periodo de exacerbación habiendo un aumento en la incidencia de lesiones cariosas, lo que está fuertemente relacionado con los cambios físicos y sociales e inherentes al periodo. El cambio de dientes es uno de los tantos cambios enfrentados por los adolescentes, y además de dificultar la higienización, hace que el adolescente adquiera un mayor número de superficies susceptibles para desarrollar caries.

Es normal que el adolescente muestre abandono del cuidado personal al resistirse a los cambios físicos evitando el contacto con su cuerpo y así acaba por descuidar la apariencia, la alimentación, la salud general y consecuentemente la salud bucal.

---

<sup>46</sup>[http://marcochristenmultinivelprofesional.com/wp-content/uploads/2014/04/a8d\\_caries.jpg](http://marcochristenmultinivelprofesional.com/wp-content/uploads/2014/04/a8d_caries.jpg)



Los adolescentes necesitan recibir explicaciones sobre los principales procesos que tiene la caries, para que sean estimulados a la prevención, por otro lado la dieta representa justamente uno de los factores relacionados al aumento de caries durante esta etapa, pues a partir de este momento ellos escogen libremente la alimentación.<sup>47</sup>

## 6.2 Hipomineralización Incisivo-molar

El término de “hipomineralización incisivo-molar” fue descrito como tal en el año 2001 por Weerheijm y cols, para definir una patología de etiología desconocida, sin embargo, no fue hasta el año 2003 cuando fue aceptado como entidad patológica en la Reunión de la Academia Europea de Odontopediatría, en Atenas. Este fenómeno fue descrito como una “hipomineralización de origen sistémico de uno a cuatro primeros molares permanentes, frecuentemente asociada a opacidades en los incisivos. (Fig.14)

En la adolescencia existe un grave problema por esta alteración pues provoca la pérdida prematura de los molares permanentes afectando así la armonía del sistema estomatognático. Cuando sea posible debe instaurarse un enfoque de tratamiento preventivo temprano, ya que los procedimientos invasivos no siempre van a ser efectivos para la rehabilitación de la salud bucal del adolescente.<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> Oswaldo. Op. cit. pág. 34

<sup>48</sup> Boj RJ. Odontopediatría, la educación del niño al adulto joven. Ripano. 1º Edición. Madrid, 2011 Pág. 325



Figura 14. Destrucción de molares.<sup>49</sup>

Los criterios diagnósticos expuestos en 2003 por la Academia Europea de Odontopediatría son los siguientes:

- Opacidades delimitadas: alteraciones en la translucidez normal del esmalte, variables en grado, extensión y color (blanco, amarillo o marrón). El espesor del esmalte es normal, de superficie lisa y están bien delimitadas.
- Fracturas del esmalte post-erupción: como consecuencia de las fuerzas de masticación. Este tipo de fracturas suelen asociarse a una opacidad delimitada preexistente.
- Restauraciones atípicas: puede ser indicativo de síndrome incisivo-molar aquellas restauraciones de uno o más primeros molares cuyas características no correspondan con el patrón de caries en el resto de piezas del mismo paciente.<sup>50</sup>

---

<sup>49</sup> Gómez JF. Art. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipomineralización Incisivo Molar. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.

<sup>50</sup> García, L.; Martínez, EM. Hipomineralización Incisivo-Molar. Estado Actual. Cient Dent 2010;7;1:19-28.



La gran destrucción que provoca esta patología lleva a que a muy corta edad se tenga que realizar tratamiento pulpar en los dientes jóvenes y en el peor de los casos la extracción, dando como consecuencia alteraciones como la pérdida de espacio, provocando una maloclusión.

### 6.3 Enfermedad Periodontal

Las enfermedades periodontales se caracterizan por afectar los tejidos subyacentes de los dientes; las producen bacterias que forman placa bacteriana y su clasificación depende de la progresión de la enfermedad, en relación con la migración del epitelio y la pérdida de soporte periodontal, clasificándolo de la siguiente manera:

- Gingivitis
- Gingivitis ulcero-necrotizante
- Periodontitis agresiva
- Periodontitis crónica<sup>51</sup>

Se define como gingivitis (Fig. 15) a las alteraciones inflamatorias del periodonto, causadas por el acumuló de placa bacteriana sobre la superficie de los dientes junto al margen gingival, son muy comunes en la adolescencia, pues reflejan los hábitos inadecuados de higienización, dieta, y los cambios hormonales provocando un desequilibrio entre la microbiota y la respuesta del hospedero, si en esta etapa no hay un control de higiene, es mayor la probabilidad de una periodontitis que

---

<sup>51</sup> Mafla.AC. Op. cit. Pág. 44

es la pérdida de inserción irreversible, llegando hasta la pérdida de los órganos dentarios.<sup>52</sup>



Figura 15. Gingivitis<sup>53</sup>

Los factores más frecuentes que se han observado en la enfermedad gingival, son mal posiciones dentarias, un cepillado traumático, el uso de aparatos ortodónticos, procesos cariosos no tratados, mordida abierta anterior, puntos de contactos prematuros, adolescentes con respiración bucal y el uso de anticonceptivos orales son agravantes de la gingivitis. Otra situación importante es la relación existente entre su desarrollo y diversos factores ambientales como los aspectos socioeconómicos, de comportamiento, y psicológicos sobre la aparición de esta enfermedad.

---

<sup>52</sup> Oswaldo Op. cit. Pág. 34

<sup>53</sup> <https://www.propdental.es/periodontitis/gingivitis-ulceronecrotizante-aguda>.

## 6.4 Maloclusión

La armonía del rostro es un factor importante en la salud y calidad de vida de las persona, sin embargo cuando existen desarmonías faciales y oclusales traen efectos, tanto físicos, como psicológicos en las personas, especialmente en niños y adolescentes.

Dentro de las alteraciones bucales de mayor prevalencia se encuentran las maloclusiones, ya que afectan a un amplio sector de la población, por lo que son consideradas un problema de Salud Pública, sin embargo, su importancia se establece no sólo por el número de personas que la presentan, sino además, por los efectos nocivos que pueden generar en la cavidad oral. (Fig. 16)



Figura 16. Maloclusiones<sup>54</sup>

<sup>54</sup> <http://aso.com.sv/cuantos-tipos-de-maloclusiones-existen/>



La oclusión dental hace referencia a la relación que guardan los dientes entre sí en estado de reposo, esta relación se encuentra determinada por factores inherentes al tamaño, forma y cronología de erupción de los dientes, así como por la forma de las arcadas dentarias y patrón de crecimiento craneofacial. Esta variación en la dentición, es el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales que determinan la relación oclusal desde el momento del desarrollo prenatal, así como en el postnatal.<sup>55</sup>

Las desarmonías dentofaciales, puede ocasionar que las personas se vuelvan tímidas, retraídas y temerosas, son capaces de producir malestar social, crear complejos de inferioridad y actitudes negativas que alteren su desempeño ante la vida. En los adolescentes con maloclusiones, la vergüenza por su afectación puede influir en su rendimiento escolar y con posterioridad en su futura ocupación, sus ingresos y nivel social.

Especialmente los adolescentes empiezan a preocuparse por su aspecto, es por ello que el tratamiento ortodóntico se inicia con más frecuencia durante esta etapa, momento de la vida caracterizado por una autoimagen distorsionada y una preocupación hacia los problemas de apariencia personal.<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> Murrieta PJ, Dos Santos , Zurita MV. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolhttps://www.propdental.es/periodontitis/gingivitis-ulceronecrotizante-aguda/elescntes mexicanos y su relación con la edad y el género. 2007

<sup>56</sup> Gutiérrez R. Presencia de maloclusiones en adolescentes y su relación con determinados factores psicosociales. Cuba. 2006, pág. 10



## 6.5 Trastornos articulares

Los trastornos temporomandibulares (TTM) forman un grupo de problemas clínicos que comprometen la musculatura masticatoria, las articulaciones temporomandibulares (ATM) y las estructuras asociadas o ambas. Son definidos como una serie de signos y síntomas, como el dolor en el área bucofacial (de origen no dental, ni periodontal) y las alteraciones funcionales, fundamentalmente las relacionadas con los ruidos articulares y las limitaciones a los movimientos mandibulares.

Detectar tempranamente cualquier indicio de TTM en la población infantil y adolescente, permite profundizar en el diagnóstico individual de cada caso y correlacionarlo con el estado oclusal, hábitos posturales y hábitos orales nocivos, de modo que sea posible un tratamiento acertado para devolver la armonía al sistema masticatorio y favorecer un adecuado desarrollo.

Las manifestaciones clínicas más representativas en los trastornos articulares son el síndrome de dolor muscular, disfunción en la ATM, bruxismo, dolor irradiado al oído, el dolor a la palpación de la ATM, la desviación de la línea media y los defectos oclusales.<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> Rodríguez CE. Art. Trastornos temporomandibulares y maloclusiones en adolescentes atendidos en la clínica Estomatológica Docente Rene Guzman. Vol. 13 (4) 2009

## 6.6 Traumatismos

El trauma cráneo-facial y bucodental afecta a personas de todas las edades, de cualquier género y cultura, con frecuencia no es intencional y es causado por accidentes.<sup>58</sup> (Fig. 17) El estilo de vida y la inconciencia, propios de la adolescencia, hacen que durante esta fase los individuos estén más susceptibles a accidentes de diferente naturaleza, lesionando las estructuras bucales como tejido blando o duro.



Figura 17. Traumatismo dental<sup>59</sup>

Estos traumatismos pueden variar desde una pequeña fractura del esmalte hasta la avulsión del diente, el más común es la fractura coronaria de los incisivos centrales superiores. La mayoría de los traumatismos ocurre en casa, en la calle o en la escuela, durante las actividades deportivas siendo el resultado del contacto físico con otra persona. Los tejidos blandos pueden ser lesionados durante los

<sup>58</sup> Mafla AC. Op cit. Pág. 47

<sup>59</sup> <http://www.ortodonciamayorga.com/emergencia-golpe-en-diente/>



accidentes causando un gran sangrado, lo que asusta al adolescente y su familia, dando la impresión de que la situación es mucho más grave de lo que realmente lo es.

El tratamiento dependerá de la severidad y de la extensión del traumatismo, debe ser lo más breve posible, ya que el impacto psicológico que el adolescente presenta en estos momentos es desesperante.

Muchas lesiones podrían ser evitadas o minimizadas con el uso de protectores bucales, que ayudan a distribuir el impacto en actividades donde existe contacto físico, por tal razón es importante que siempre se realice una anamnesis para enterarse de cuáles son las actividades que realiza el paciente.

## 7. MANEJO ODONTOLÓGICO

Para el abordaje de estos pacientes, la postura idónea que debe adoptar el Cirujano Dentista debe ser neutral y comportarse de forma simple y honesta sin mostrar autoritarismo o profesionalismo, cuidando la autoestima del adolescente ya que es más frágil en esta etapa. Es importante evitar algún tipo de actitud en el que el adolescente se sienta incomodo como lo es el de ser autoritario, respetar sus puntos de vista y sugerirle alternativas de tratamiento, así como ceder cierta responsabilidad para enfrentarlo a su propio cuidado personal.



No caer en extremos es decir, tratarlo como un niño pequeño o como un adulto puede fracturar la relación con el adolescente e interferir en la comunicación y hacerlo perder la confianza en el Cirujano Dentista interfiriendo en el éxito del tratamiento<sup>60</sup>

Los servicios de atención de salud a los adolescentes deben tener algunas características importantes: privacidad, confidencialidad, comodidad confianza y actitud adecuada en cada caso. Se recomienda contar con material de apoyo que sea de su interés como lecturas, videos y TV, para evitar momentos de estrés en la sala de espera (Fig.18) que también debe ser agradable, con una decoración adecuada para los adolescentes y las citas se deben programar en base a las actividades que el adolescente tenga para no interferir en ellos.<sup>61</sup>

Según Silber, la principal herramienta que el Cirujano Dentista debe disponer con su paciente es el diálogo, por lo que es importante que el Cirujano Dentista ejercite su capacidad de oír, interpretar, y en muchos casos usar un cierto grado de intuición.<sup>62</sup>

---

<sup>60</sup> Cancado. Op. cit. Pág. 21

<sup>61</sup> Gapa. Op. cit. Pág. 7

<sup>62</sup> Cancado. Op. cit Pág. 22



Figura 18. Sala de espera.<sup>63</sup>

## 8. MÉTODOS PREVENTIVOS EN LA ADOLESCENCIA

Para que los métodos sean efectivos el adolescente debe estar dispuesto a escuchar y aceptar las instrucciones, puesto que la atención odontológica a este grupo es sumamente difícil si el paciente no coopera.

---

<sup>63</sup> <http://www.plenido.com/clinicas-plenido-dental/clinica-alcorcon/>

### Prevención primaria.

Después de analizar los aspectos biopsicosociales de los adolescentes es importante dar prioridad a los aspectos de salud oral, basándose en las características propias de los cambios biológicos e intereses emocionales. La promoción de los hábitos saludables en los adolescentes debe enfocarse en la higiene bucal enfatizando la influencia de los cambios hormonales y los irritantes locales con el fin de prevenir las alteraciones como caries y enfermedad periodontal.<sup>64</sup>

Se debe intervenir directamente con las actividades que permitan el control de las alteraciones bucodentales, que corresponden en esta etapa siendo los más efectivos, la técnica de cepillado (Fig.19) donde solo se debe modificar la técnica que hayan adoptado los adolescentes sin tratar de cambiarlo pues tenderá al fracaso y el uso de aditamentos como el hilo dental el enjuague bucal serán de gran importancia como complemento de la limpieza bucal.

Figura 19. Técnica de cepillado.<sup>65</sup>



<sup>64</sup> Mafla Op. cit. Pág. 54

<sup>65</sup> <http://www.suplementosdeportivos.info/tecnicas-de-cepillado-de-dientes-para-una-mejor-higiene-oral/tecnicas-de-cepillado-de-dientes-para-una-mejor-higiene-oral/>



El uso de flúor tópico (gel, barniz y enjuagues), es de gran importancia en este periodo, para aquellos adolescentes que en la infancia fueron de riesgo alto para el desarrollo de caries, y siendo un periodo del recambio dental ayudará a evitar procesos cariosos,<sup>66</sup> así como el diagnóstico temprano de hipomineralización del esmalte que necesita una remineralización y desensibilización con una aplicación trimestral de flúor, según el riesgo y la utilización de colutorios.<sup>67</sup>

MI Paste es un producto para el uso profesional que contiene Recaldent™ una proteína derivada de la leche especial que libera calcio y fosfato a la superficie de los dientes, son a base de agua, cremas dentales tópicos sin azúcar.

### Ventajas

- Alivia la sensibilidad dental
- No irrita la boca seca causada por ciertos medicamentos
- Ayuda a disminuir la sensibilidad dental antes y después de la limpieza profesional
- Ayuda a minimizar la sensibilidad dental después de procedimientos de blanqueamiento
- Es muy útil durante la ortodoncia en relación con ayudar a controlar (o reducir) la hipersensibilidad dentinaria
- No es una pasta de dientes; es una crema tópica diente que se puede utilizar de manera segura varias veces al día.

---

<sup>66</sup> Sociedad Española de Odontopediatría. Protocolo para el uso de flúor en niños. <http://www.odontologiapediatrica.com/fluor>

<sup>67</sup> Boj RJ. Op cit. Pág. 331

## Prevención secundaria

Implica en el grupo de Adolescentes una evaluación periódica, tomando en cuenta los indicadores de riesgo para caries y enfermedad periodontal. La Odontología restauradora es el tratamiento de elección en dientes jóvenes, siendo de gran importancia el criterio y el conocimiento para tratar de intervenir en los diferentes procesos caries, tomando en cuenta que son órganos dentarios permanentes y que aún no han terminado la formación radicular, es por ello que es importante la valoración radiográfica.

Por otro lado se debe poner especial cuidado a síntomas de estrés psicológicos propios de la edad, y sobre todo cuando esté relacionado con bruxismo y alteraciones musculares de la Articulación temporomandibular (ATM)<sup>68</sup> y en aquellos casos donde el adolescente refiera deportes de alto riesgo constituyendo un grave problema para los órganos dentarios permanentes, el tratamiento en estos casos es la elaboración de guardas o férulas oclusales de manera que eviten un daño severo en el diente joven.

Figura 20. Férula oclusal<sup>69</sup>



<sup>68</sup> Mafla Op. cit. Pág. 54

<sup>69</sup> <http://www.deltadent.es/blog/tag/ferulas-dentales/>



### Prevención terciaria

Si el grado de severidad de caries compromete el tejido pulpar, se debe tomar en cuenta que se trata de dientes permanentes jóvenes donde la formación radicular no se ha completado aún, por lo que la terapia pulpar es encaminada a promover el cierre apical con posterior obturación permanente con materiales no reabsorbibles.

El éxito de la terapia endodóntica requiere que el ápice este total y densamente sellado con un material de obturación. El sellado apical puede realizarse mejor cuando hay una constricción apical adecuada a una forma cónica que disminuye gradualmente hacia apical para permitir técnicas de condensación y cuando esto no es posible existen alternativas como son:

La Apicogénesis es el tratamiento pulpar, que permitir el cierre del ápice y el crecimiento radicular cuando se encuentra en las siguientes condiciones:

- Cuando no existe una pulpitis irreversible.
- El desarrollo apical y el cierre es incompleto.
- Esto involucra una remoción de la pulpa coronal afectada pero permite que la pulpa sana remanente lleve un desarrollo y formación apical normal.



La Apicoformación es un método de inducción al cierre apical en un diente joven donde el nervio esta necrótico, la mejoría del conducto y del entorno apical permite la reanudación del proceso de desarrollo radicular y el cierre apical.<sup>70</sup>

El recubrimiento pulpar directo, es un procedimiento endodóntico que consiste en la aplicación de un medicamento sobre la pulpa expuesta, en un intento de preservar su vitalidad y lograr su cicatrización mediante la formación de un puente dentinario indicado en:

- Dientes permanentes con exposición pulpar cariosa, así como traumática (física), mecánica (iatrogénica).
- No hay dolor espontáneo moderado a intenso.
- Hay respuesta a las pruebas de vitalidad térmica y eléctrica.
- Radiográficamente, no hay signos de enfermedad periapical.

---

<sup>70</sup> <http://www.iztacala.unam.mx/rrivas/infantil3.html>



## 9. CONCLUSIONES

Desde el plano biopsicosocial el adolescente sufre cambios físicos y emocionales que influyen en la salud oral, en lo biológico el adolescente es más propenso a desarrollar enfermedades como la caries y enfermedad periodontal ya sea por hábitos o por respuesta hormonal.

La atención odontológica en pacientes adolescentes tiene un mayor grado de dificultad debido a las siguientes características:

- Comienza a tomar actitudes de rebeldía y se comporta de manera inestable o variable.
- Muestra poco o ningún respeto por la autoridad
- Falta de interés por su persona
- Quiere ser independiente.
- Se enfrenta a la pérdida de su infancia para convertirse en adulto.
- Existen cambios hormonales y desarrollo del cuerpo.

Los adolescentes son personas que por sus características, el Cirujano Dentista han hecho a un lado la atención Odontológica de este grupo de adolescentes, por esta razón es importante que el Cirujano Dentista y el Odontopediatra cuenten con el conocimiento y las habilidades necesarias para brindarles la atención requerida.



Durante mucho tiempo se ha negado la atención a estos pacientes ya que tanto el Endodoncista como el Rehabilitador no quieren enfrentarse con la conducta inestable del paciente.

La familia juega un papel muy importante para continuar las acciones preventivas en casa y mantener en estados óptimos la salud del paciente.



## 10. GLOSARIO

### HEBIATRIA

El término procede del griego (Hebe, la diosa de la juventud), compuesto por héebee (pubertad) y iatrea (curación), pero sus fines son mucho más extensos que la mera curación de las enfermedades de los adolescentes, ya que esta especialidad estudia al adolescente desde los diferentes aspectos: Biológicos, Psíquicos y Sociales que influyen en el crecimiento y desarrollo.

### ODONTOHEBIATRÍA

ES aquella parte de la odontología especializada en el adolescente. Hasta hace algunos años no se diferenciaba, del odontopediatra se pasaba al especialista en adultos.

### MORBIMORTALIDAD

“Morbi” proviene de morbilidad y hace referencia a la cantidad de personas que enferman en una población determinada en un lapso determinado. “Mortalidad” que se refiere a la cantidad de muertes o defunciones que se registraron en una población determinada y en un período temporal determinado.



## 11. BIBLIOGRAFIA:

1. Arantes MH. Crecimiento en la adolescencia y transformaciones biológicas. XXVIII. Grupo Brasile de Professores de Ortodontia e Odontopediatria. v. 7,1998.
2. Biehler JS. "Psicología aplicada a la enseñanza". Editorial Limusa. 1992. Pág. 53-56
3. Boj RJ. Odontopediatria, la educación del niño al adulto joven. Ripano. 1º Edición. Madrid, 2011 Pág. 325
4. Bordignon NA. Art. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación 2005; 250-63
5. Brown JC. Patient noncompliance: a negligent topic in dentistry. JADA. Vol. 103, 1981. Pág. 567-569,
6. Cancado FM. Art. El papel del odontólogo como facilitador de la relación con el paciente adolescente: una revisión de literatura. Odontoestomatología. Vol. XII (14). 2010, Pág.16
7. Collin, C; Benson, N. El libro de la Psicología México. Altea 2012. Pág. 272-273
8. García, L.; Martínez, EM. Hipomineralización Incisivo-Molar. Estado Actual. Cient Dent 2010;7;1:19-28.
9. Gómez JF. Art. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipomineralización Incisivo Molar. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. FUENTE: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art31.asp>
10. Gutiérrez R. Presencia de maloclusiones en adolescentes y su relación con determinados factores psicosociales Cuba. 2006, pág. 10
11. Guzman. Vol. 13 (4) 2009 Sarason, S. Psicología: fronteras de la conducta. México: Harla 1997, 2000
12. Kaplan DW, Mammel KA. Adolescencia: Diagnóstico y Tratamiento en Pediatría. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997
13. Mafla AC. Art. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. Colombia Médica. 2008. Pág. 43
14. Murrieta PJ, Dos Santos , Zurita MV. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el género. 2007
15. Oswaldo CJ. "Fundamentos de la Odontología Pediátrica". Editorial Santos. Pág.31-37



16. Pérez DJ. Art. Encuesta de prevalencia de caries dental en niños y adolescentes. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (1): 25-29
17. Padreira JL, Alvares LM. Art Desarrollo Psicosocial de la Adolescencia: bases para una comprensión. Documentacion Social 120 (2000) Pag. 69-89
18. Rahola, RR. La adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. Manual de salud reproductiva en la adolescencia Cap. I. Madrid: Sociedad Española de Contracepción, 2002
19. Rodríguez CE. Art. Trastornos temporomandibulares y maloclusiones en adolescentes atendidos en la clínica Estomatológica Docente Rene Guzman Vol. 13 (4) 2009
20. Silber TJ. Manual de Medicina de la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. 1992. Pág. 1-30
21. Sociedad Española de Odontopediatría. Protocolo para el uso de flúor en niños.  
<http://www.odontologiapediatrica.com/fluor>
22. [http://www.contra-mundum.org/castellano/platt/Mito\\_Adolesc.pdf](http://www.contra-mundum.org/castellano/platt/Mito_Adolesc.pdf)
23. <http://psicologia.laguia2000.com/la-adolescencia/la-adolescencia-segun-g-stanley-hall>
24. <http://biblio2.ugb.edu.sv/bvirtual/8288/capitulo2.pdf>
25. [http://portalacademico.cch.unam.mx/materiales/prof/matdidac/sitpro/exp/psico/psico2/pscll/MD1/MD1-L/teorias\\_desarrollo.pdf](http://portalacademico.cch.unam.mx/materiales/prof/matdidac/sitpro/exp/psico/psico2/pscll/MD1/MD1-L/teorias_desarrollo.pdf)
26. <http://www.odon.edu.uy/catedras/odontope/teoricos/fundamentos.pdf>
27. <http://img.tangram.edu.pe/wp-content/uploads/2012/09/adolescentes.jpg>
28. <http://biblio2.ugb.edu.sv/bvirtual/8288/capitulo2.pdf>
29. [http://www.ejemplode.com/36-biologia/3724-caracteristicas\\_de\\_la\\_pubertad.html](http://www.ejemplode.com/36-biologia/3724-caracteristicas_de_la_pubertad.html)
30. <http://3.bp.blogspot.com/UjbAUaeEjWE/UV3g90Zn73I/AAAAAAAAADw/6t1ggHggiHE/s1600/78631172.jpg>
31. [http://www.cece.gva.es/orientados/imprimir/familia/fases\\_adolescencia.htm](http://www.cece.gva.es/orientados/imprimir/familia/fases_adolescencia.htm)
32. <http://www.healthymouthshealthyives.org/es-MX/dental-care-resources/Questions%20to%20Ask%20Your%20Dentist.aspx>
33. <http://comunidad.uem.es/blogfiles/uem-valencia/image.jpg>
34. [http://marcochristenmultinivelprofesional.com/wp-content/uploads/2014/04/a8d\\_caries.jpg](http://marcochristenmultinivelprofesional.com/wp-content/uploads/2014/04/a8d_caries.jpg)
35. <https://www.propdental.es/periodontitis/gingivitis-ulceronecrotizante-aguda/>
36. <http://aso.com.sv/cuantos-tipos-de-maloclusiones-existen/>
37. <http://www.plenido.com/clinicas-plenido-dental/clinica-alcorcon>
38. <http://www.iztacala.unam.mx/rrivas/infantil3.html>