



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANIFESTACIONES BUCALES DE TRASTORNOS
ALIMENTICIOS Y ADICCIONES EN EL
ADOLESCENTE.

**TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO
DE ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ADRIANA MORTERO CHÁVEZ

TUTORA: MTRA. MARÍA EUGENIA VERA SERNA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Agradezco: Primero a Dios por permitirme llegar al final de mi meta

A ese par de ángeles que me cuidan desde el cielo y que han guiado mi camino para poder culminar mi más grande sueño: Papá José, David los amo y siempre los tengo presentes en mi mente y corazón.

A mi mamá Imelda que siempre me ha motivado a ser mejor cada día , gracias por tus consejos, tu cuidado y tu apoyo incondicional, porque sé que no hay mejor mamá en el mundo que tú , siempre te voy a amar.

A mis hijos Jony e Isac porque son el tesoro más grande que puedo tener, ustedes son mi motor para seguir adelante, saben que cuentan conmigo para todo y que los amo incondicionalmente.

A mi esposo Pepe porque desde que te conocí has estado siempre a mi lado apoyándome incondicionalmente, gracias por tu paciencia y comprensión hoy hemos alcanzado un triunfo porque mis logros son tuyos también , te amo corazón.

A mis hermanos Pepe y chinita por estar ahí cuando los necesito y cuando no también, por ser un ejemplo de unidad familiar, no cabe duda que nuestros papas nos inculcaron buenos valores y nos enseñaron a estar siempre unidos, gracias por todo, los amo.

A quien es como una hermana para mí Lore, sabes que te quiero y doy gracias a Dios por permitir que seas parte de nuestra familia.

A toda mi pequeña gran familia que saben que los amo y que soy feliz de estar con ustedes y que sean parte de este gran logro: Pepito, Yun, Dael, Leo, Frida, Abril, Erick, Iván y Andrea.



A mi asesora la Dra. María Eugenia Vera Serna, por la paciencia que me tuvo durante el Diplomado y el desarrollo de este trabajo, gracias por compartir sus conocimientos conmigo para poder tener un mejor desarrollo académico , porque es una persona única dispuesta a ayudar a los demás, gracias por todo Dra.

A todos mis doctores del Diplomado: por compartir sus conocimientos conmigo , me llevo lo mejor de cada uno de ellos: Dra .Rosalía, Dra Daya, Dra Reme, Dr Marcos, Dr. Aarón.

A mí amigo Jairo por brindarme su apoyo y por hacer mi Diplomado muy ameno, no cambies amigo, mil gracias.



INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO	7
CAPITULO I. ANTECEDENTES	8
1.1 Definición de Adolescencia	8
1.2 Cambios biológicos durante la adolescencia	8
1.3 Características clínicas bucales normales en el adolescente.....	16
CAPÍTULO II. TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN EL ADOLESCENTE	18
2.1 Definición.....	18
2.2 Anorexia	20
2.3 Bulimia.....	23
CAPÍTULO III. ADICCIONES EN EL ADOLESCENTE	25
3.1 Definición de adicción.....	25
3.2 Alcohol.....	27
3.3 Tabaco	30
3.4 Marihuana	32
3.5 Cocaína	34
CAPÍTULO IV. MANIFESTACIONES BUCALES DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y ADICCIONES EN EL ADOLESCENTE	37
4.1 Anorexia y bulimia	37
4.2 Tabaquismo.....	38
4.3 Alcoholismo	39
4.4 Enfermedad Periodontal.....	40
4.5 Aumento de la prevalencia de caries	40
4.6 Otras manifestaciones.....	40
4.7 Manifestaciones bucales por adicción a la marihuana	41
4.8 Manifestaciones bucales por adicción a la cocaína.....	42
CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45



INTRODUCCIÓN

La anorexia y la bulimia son enfermedades devastadoras que han cobrado una gran dimensión mundial entre niños y jóvenes de todas las clases sociales.

En México, las autoridades de salud estiman que cerca de un millón de jóvenes podrían estar afectados por la bulimia y la anorexia e, incluso, que esta cifra puede superar dos o tres millones.

Estos trastornos son enfermedades psiquiátricas debilitantes que se distinguen por alteración persistente de los hábitos de alimentación y conductas del control de peso que causan complicaciones importantes en la salud.

El consumo de drogas, y las consecuencias constituye un problema social y sanitario que afecta a la comunidad internacional .

Droga es toda sustancia capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, de cambiar el comportamiento de la persona. Por ello, hay que considerar según esta definición tanto las drogas de uso legal (el tabaco y el alcohol), como las de uso ilegal (como cocaína, marihuana, etc).

Un número muy importante de la población, en gran parte jóvenes e incluso adolescentes, consumen estas sustancias. Muchos inician su consumo en la edad pediátrica. Algunos no pasarán de la experimentación, pero otros consumirán drogas de forma regular desarrollando abuso o dependencia



El consumo es especialmente perjudicial a edades tempranas en las que el organismo (en especial el cerebro) se está desarrollando y madurando, con riesgo importante para la salud física y psíquica. La carga de enfermedad, sufrimiento y mortalidad que afecta no solo al que las consume, sino también a los que le rodean, es evidente, aunque el adolescente a veces no es consciente de las consecuencias.



Objetivo

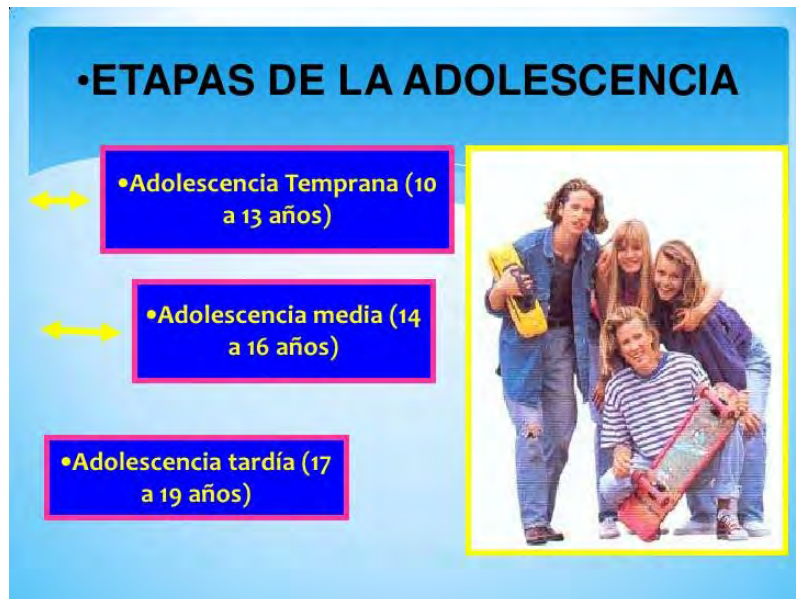
Realizar una revisión bibliográfica para detectar a tiempo los trastornos alimenticios y adicciones en adolescentes, con el fin de ser tratados médica y odontológicamente de manera interdisciplinaria.

CAPITULO I. ANTECEDENTES

1.1 Definición de Adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el periodo comprendido entre 10 y 19 años, es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. Se clasifica en primera adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad.¹ (figura 1)

Fig. 1. Cuadro representativo de etapas de la adolescencia



Fuente: <https://www.google.com.mx/search?q=etapas+de+la+adolescencia>

1.2 Cambios biológicos durante la adolescencia

Un cambio fundamental que sucede entre la niñez y la adolescencia temprana es el inicio de la pubertad. Cuando las hormonas que controlan

el desarrollo físico se activan, la mayoría de los niños pasan por un arrebató de crecimiento, desarrollan características sexuales primarias y secundarias, se hacen fértiles y experimentan una libido sexual creciente.

La pubertad es diferente en los hombres y las mujeres, quienes experimentan los cambios de la pubertad antes que los varones. De esta forma, las mujeres y los varones de la misma edad pueden encontrarse en puntos del desarrollo físico muy diferentes entre las edades de 10 a 14 años. Muchos jóvenes pueden no estar preparados en forma adecuada para estos cambios biológicos. Las preocupaciones de los adolescentes con relación a su apariencia pueden llevar algunas veces a dietas poco saludables, e inicio prematuro del coito antes de alcanzar la madurez cognitiva o emocional.² (figura 2)

Fig. 2. Cambios en la adolescencia



Fuente : <https://es.slideshare.net/ELM2/adolescencia>



a) Desarrollo del conocimiento social

El proceso de entenderse a sí mismo, a los demás y las relaciones humanas es parte importante del crecimiento en la adolescencia y la edad adulta. A los dos años de edad, los niños reconocen claramente su propia imagen, y demuestran la existencia del concepto visual de sí mismos. Alrededor de los ocho años, los niños comienzan a reflejar sus habilidades, preferencias y aversiones, y en general cómo sienten y qué piensan de las cosas. La conciencia social se mueve de la perspectiva egocéntrica del niño pequeño a una habilidad para entender, predecir y responder a los sentimientos y perspectivas de otros en la adolescencia temprana.³

Por tanto, esta etapa de la vida es crítica para el desarrollo de la empatía y la captación de perspectivas.

Aprender a evaluarse a sí mismo y sus habilidades en forma realista es otro proceso importante durante la niñez. Los niños pequeños tienen tendencia a ser muy optimistas con relación a sus habilidades. Conforme los niños van pasando a la niñez media (aproximadamente entre los 7-10 años) comienzan a reflexionar sobre sus éxitos y fracasos y a emparejar sus logros con metas internas y estándares externos. Conforme los niños comienzan a poner atención al trabajo de los demás como medio de evaluar sus propias habilidades, el proceso de autoevaluación se complica debido a las presiones a las que se ven expuestos con respecto al conformismo, la competencia y la necesidad de aprobación.⁴

La autoeficiencia es otra dimensión del desarrollo del concepto de sí mismo. puede describirse como “el grado en que los individuos se ven a sí mismos como valiosos, como gente causalmente importante y como personas efectivas para dar forma a los eventos y resultados de sus vidas (figura 3)

Fig. 3. Cuadro que indica algunos cambios en la adolescencia



Fuente: <https://es.slideshare.net/SakuraiMinhoKeroro/tecnologica2>

b) Desarrollo cognitivo

El conocimiento puede ser definido como el proceso de organizar y dar sentido a una experiencia. ⁴

De acuerdo a Piaget, los seres humanos dan sentido a la vida por medio de la interacción con el medio. Desde la infancia hasta los 18 meses, los bebés aprenden por medio de la experiencia sensorial directa con el medio. A los 5 ó 6 años desarrollan herramientas más complejas para



entender el mundo a través del lenguaje, imitación, imágenes, juegos y dibujos simbólicos. Al avanzar a la adolescencia temprana, el niño empieza a comprender las relaciones causales y lógicas, y su enfoque a la solución de problemas es más sofisticado. Piaget creía que ya en la adolescencia, una persona era capaz de lograr conceptos acerca de muchas variables, permitiendo la creación de un sistema de leyes o reglas para la solución de problemas.⁵

En tanto que Piaget se enfoca claramente en la interacción del individuo con el medio, los constructivistas sociales creen que el conocimiento es el resultado de la acción social y el lenguaje y, por tanto, es una experiencia compartida. Vygotsky, un destacado teórico del conocimiento, propuso que los nuevos niveles de conocimiento comienzan a un nivel interpersonal: originalmente entre el niño y el adulto, y luego a través de una interacción social continua. Él conceptualizaba que la distancia entre la etapa actual y el potencial de desarrollo de un niño está determinada por su capacidad para resolver problemas al trabajar solo, en comparación con su interacción con adultos u otros pares más capaces.⁴

Visto desde esta perspectiva, el ambiente social tiene una fuerte influencia sobre la estructura del pensamiento propio, y las habilidades cognitivas pueden enriquecerse por interacciones más extensas, estructuradas y de mayor calidad con otros individuos.

c) Desarrollo social y contexto familiar

Las interacciones sociales se hacen cada vez más complicadas conforme el niño avanza hacia la adolescencia. Se pasa más tiempo con compañeros, y aumentan las interacciones con pares del sexo opuesto.



La niñez media (de 7-11 años) representa la época de transición, es decir, cuando el niño se aleja de la esfera del hogar y pasa más tiempo con sus amigos, grupos de la escuela y de la comunidad. El estatus social se gana por medio de competencia y desempeño con los pares. Durante estos años críticos, los niños aprenden ya sea a ser competentes y productivos o a sentirse inferiores, lo cual puede llevar a consecuencias sociales, intelectuales y emocionales duraderas.⁶

Aun cuando los compañeros son importantes, la familia y los parientes continúan siendo una influencia significativa en la adolescencia. Las investigaciones efectuadas en los Estados Unidos revelan que un entorno familiar autoritario, definido como “cordial y participativo, pero firme y consistente con el establecimiento y cumplimiento de guías, límites y expectativas de desarrollo apropiados” ha tenido efectos positivos en los adolescentes en forma consistente.⁷

Otra dimensión positiva es la de “otorgar autonomía psicológica”, la que se define como “hasta dónde los padres animan y permiten que el adolescente desarrolle sus propias opiniones y creencias.”

La confianza interpersonal, definida como la expectativa general de que otras personas sean fiables y dignas de confianza, es una dimensión importante de la competencia social. En la investigación se ha determinado que las personas que confían en los demás son capaces de infundir confianza, son agradables a sus compañeros, hacen amigos fácilmente y son más autónomas al hacer y ejecutar planes de vida.⁸

El establecimiento de la confianza se basa en experiencias pasadas y en el contexto de las relaciones. (figura 4,5)

Fig. 4,5. Convivencia familiar en los adolescentes



Fuente: <https://redfamilia.wordpress.com/tag/adolescencia/>

d) Desarrollo moral

Finalmente, el desarrollo moral es una dimensión importante del desarrollo humano. Puede ser definido como el “desarrollo de valores y normas que una persona utiliza para balancear o juzgar los intereses conflictivos de sí mismo y los demás.”⁹

Sin embargo, las diferentes escuelas de pensamiento ofrecen perspectivas muy diversas de esta definición y de cómo los niños desarrollan el razonamiento y la conducta moral. Los conductistas creen que la conducta moral, como cualquier otra conducta, es aprendida a través de procesos de condicionamiento y modelo. Los teóricos cognoscitivistas, por otra parte, argumentan que el desarrollo moral procede de una secuencia exactamente igual al desarrollo del conocimiento en el niño.



Kohlberg describe las etapas del desarrollo que van desde la preocupación de un niño por las consecuencias de una conducta, hasta los juicios morales que incorporan los derechos de los demás, y eventualmente incorporan principios universales de ética.⁴

Un reto importante a este punto de vista lo expresa Carol Gilligan, quien argumenta que las mujeres y los hombres tienen diferentes perspectivas sobre el razonamiento moral. De acuerdo con Gilligan, la concepción de la moral de las mujeres está orientada hacia temas de responsabilidad y cuidado, mientras que la de los hombres está orientada hacia los derechos y la justicia.¹⁰

Explorar cómo los hombres y las mujeres desarrollan el razonamiento moral dentro de diferentes culturas podría apoyar la incorporación de la clarificación de valores y el desarrollo moral dentro de los programas de habilidades para la vida.

En resumen, hay varios cambios críticos que se dan desde la niñez media hasta la adolescencia. Las transformaciones biológicas de la pubertad, los cambios psicológicos que acompañan el despertar de la sexualidad, las relaciones cambiantes con los pares y con la familia, y la habilidad creciente de los jóvenes en la adolescencia temprana para pensar en forma abstracta, para considerar diferentes dimensiones de los problemas y para reflexionar sobre sí mismos y los demás representa un momento crítico en el desarrollo humano. La posibilidad de que los jóvenes puedan pasar a través de estos cambios adquiriendo las habilidades requeridas para realizar una transición saludable a la adultez depende en gran parte de las oportunidades que su medio ambiente les ofrezca.

“Con los cambios rápidos existe una gran posibilidad de que surjan resultados tanto positivos como negativos, creando oportunidades importantes para que los programas familiares, escolares y extracurriculares interactúen con los adolescentes en manera tal que fomenten el crecimiento y desarrollo”.²(figura 6)

Fig. 6. Cambios en el desarrollo moral



Fuente:<https://es.slideshare.net/GLaurentin/unidad-iv-tema-1-psicologa-de-la-niez-y-de-la-adolescencia-uny-desarrollo-moral>

1.3 Características clínicas bucales normales en el adolescente

La cavidad bucal es una parte fundamental del cuerpo, tenerla sana es muy importante para poder masticar, hablar y lucir bien, pero su descuido, puede afectar a todo el organismo; por estas razones, la boca es una ventana que permite a un dentista hábil hacer una evaluación de la salud en general.

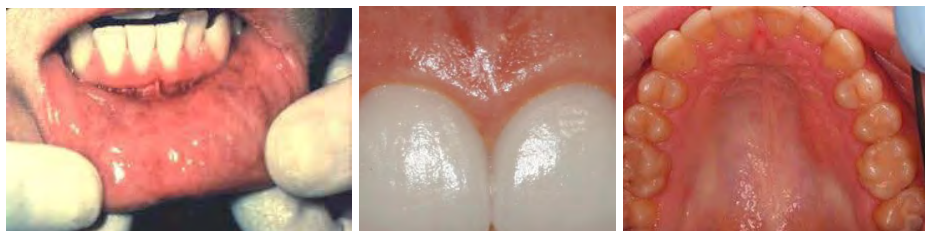


La mejor forma de disfrutar de una sonrisa y dientes saludables es continuar con los buenos hábitos bucales adquiridos durante la primera infancia.

Durante la adolescencia los dientes permanentes erupcionan completamente y, por tanto, la higiene bucal debe ser constante, puesto que aún, estos se encuentran inmaduros y están más propensos a caries dental; además, en este periodo se incrementa la frecuencia de ingestión de golosinas y disminuye el cepillado dental en horarios de escuela.¹¹

La mucosa bucal es de color rosada, brillante y no presenta ulceraciones, el paladar duro y blando presentan un color rosa coral, en el piso de la boca se encuentra el frenillo lingual justo en la línea media, la lengua presenta un color rojo grisáceo, la encía es similar a la de una cáscara de naranja de color rosado; por último tenemos a los dientes que es un tejido duro en este no debe haber caries, cavidades o manchas para poder decir que es una boca clínicamente sana.¹² (figura 7,8,9)

Fig. 7,8,9. Características clínicas de una boca sana



Fuente: <http://www.sdpt.net/PAT/inspeccionmucosaoral.htm>



CAPÍTULO II. TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN EL ADOLESCENTE

2.1 Definición

Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo; lo anterior en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica. Este grupo de enfermedades es complejo y engloba a una serie de entidades patológicas que, aunque comparten ciertos atributos, varían enormemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales.

Son enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la autoimagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal

Los dos tipos principales de trastornos de la conducta alimentaria son: anorexia y bulimia nerviosa.

Los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes en las mujeres y, generalmente, se inician durante la adolescencia o la juventud temprana, aunque existen reportes de casos donde aparecen en la



infancia o en la vida adulta. Además, frecuentemente se presentan en asociación con otros trastornos psiquiátricos como son: depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y abuso de sustancias, lo que determina un marcado deterioro en el funcionamiento social. Estas enfermedades pueden poner en riesgo la vida de los que las padecen.

El incremento en el número de casos de alteraciones de la conducta alimentaria ha hecho que estos padecimientos constituyan uno de los problemas psiquiátricos de mayor prevalencia en el mundo de hoy, con el consecuente impacto a la salud pública, tanto por los aspectos médicos y psicológicos, como por los altos costos que el manejo de las mismas requiere.

Desde el inicio de los años setenta se dio un proceso de divulgación sobre los trastornos de la alimentación, a través de los distintos medios de comunicación. Esto motivó que en la actualidad un porcentaje elevado de adolescentes y sus familiares tengan conocimiento sobre la existencia de estas alteraciones. Además, se ha enfatizado que las conductas anormales de estos individuos constituyen una enfermedad, por lo que se ha recomendado brindarles todo tipo de apoyos, así como evitar actitudes de reprobación e intolerancia ante los síntomas.

Es probable que algunos de los casos hoy diagnosticados, en el pasado hubiesen transcurrido de manera inadvertida al no ser detectados por familiares o compañeros.¹³(figura 10,11)

Fig. 10,11. Trastornos alimenticios en la adolescencia



Fuente: <https://www.slideshare.net/salmalucero97/trastornos-alimenticios-63656966>

2.2 Anorexia

El término anorexia, aunque etimológicamente significa pérdida del apetito (derivado del prefijo "an" y del griego "orexis") no está adecuadamente expresado, pues las personas con anorexia nerviosa se niegan a comer para conseguir la delgadez, pero la sensación de hambre puede estar presente, no sólo al inicio de la enfermedad, sino también durante ésta.

La anorexia nerviosa se presenta fundamentalmente en el sexo femenino (menos del 10 % de las personas anoréxicas son del sexo masculino).

La evolución de la anorexia nerviosa puede ser variada: algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio; otras presentan episodios fluctuantes, con ganancia de peso seguido de recaídas; y en otros casos, si no se establece un programa terapéutico, puede surgir un desarrollo de progresiva desnutrición con la posibilidad de desembocar en



estados caquéticos, y la muerte por inanición, suicidio o desequilibrio metabólico.

La anorexia se presenta habitualmente en adolescentes sin psicopatología previa valorable y sin obesidad acusada, solamente con discreto sobrepeso. La búsqueda de la delgadez es para ellos el centro de su vida. Este estilo de pensamiento extremo los lleva a una disciplina muy rígida en la dieta, cuyo éxito le da un sentido de eficiencia a sus vidas y la sensación de tener un núcleo de personalidad propio.

Por lo general estos pacientes comienzan con una disminución de la ingesta, sobre todo de alimentos con alto contenido calórico (hidrato de carbono y grasa), y muchos de ellos acaban con una dieta muy restringida, que bordea el ayuno, limitada a unos pocos alimentos. El ejercicio físico excesivo es también típico. No reconocen el cansancio y mantienen un alto nivel de actividad, y es el ejercicio parte de esa autodisciplina para no convertirse en obeso.

Lograda la pérdida de peso, siguen reduciendo la cantidad de calorías que ingieren por día, y están cada vez más preocupados por pensamientos sobre la comida, y es esta preocupación lo que acrecienta su miedo a no tener control sobre su apetito.

Los pacientes tratan de reprimir sus deseos de comer, y en lugar de aversión a la comida, a menudo se observa en ellos interés por ella, que se manifiesta en la compra de libros de cocina, el arreglo de la mesa, los platos, la comida.

La pérdida de peso puede ser paulatina, de forma tal que se produce una adaptación a la malnutrición, pero muchas personas anoréxicas se vuelven débiles si la pérdida de peso es progresiva, y tienden a ser, además, hipoactivas.

Las anoréxicas nerviosas se destacan por su habilidad para tolerar las sensaciones de hambre, y tienen un límite calórico muy restrictivo.

Entre las anoréxicas existe la alteración de la percepción del peso y la silueta corporal, pareciéndoles a ellas estar obesas a pesar de estar delgadas, también se preocupan por algunas partes de su cuerpo que les parecen demasiado gruesas, es decir, hay una alteración de la imagen corporal.¹⁴(figura 12)

Fig. 12. Cuadro clínico de persona con anorexia



Fuente: <https://www.emaze.com/@ATWCRFIQ/Anorexia>



2.3 Bulimia

La bulimia es un trastorno psiquiátrico, donde el (la) paciente, presenta episodios de ingesta compulsiva y masiva de alimentos que van acompañados de vómito provocado, ante el temor de aumentar de peso.

Este trastorno mental que se presenta con mayor frecuencia en mujeres adolescentes, se relaciona con la falta de autoestima de la propia imagen corporal, creando una percepción errónea sobre el concepto de belleza sobre su cuerpo.

Esta caracterización irreal, es resultante de la intención de replicar imágenes promocionadas comercialmente, donde la delgadez se convierte en el prototipo social de belleza, por lo que el (la) paciente, intenta desarrollar dicho modelo, aún a costa de su salud.

El cuadro clínico se manifiesta por disminución progresiva de peso, aislamiento social, irritabilidad con las personas cercanas a la familia, negativa de consumo de alimentos, o consumo compulsivo de éstos, seguido de vómito provocado, lo que llevará a deshidratación, caries dentales severas, irregularidades menstruales, síndrome de mala absorción, disfagia, etc., pudiendo llegar a comprometer la vida, por lo que el tratamiento a realizar debe estar encaminado hacia la orientación y control psiquiátrico, con gran apoyo de la familia y los miembros circundantes a la actividad social del paciente.¹⁵

Los pacientes con bulimia nerviosa, se clasifican en dos tipos:

a) Purgativo: es aquel grupo que inicia con un cuadro característico de rechazo a su imagen corporal e inicia una serie de dietas extremas o

ejercicio intenso, sin lograr los resultados esperados, apoyándose entonces, en la reacción voluntaria de vómito postprandial.

b) No purgativo: Este grupo de pacientes al no encontrar respuesta a sus limitaciones alimenticias, empieza a ingerir laxantes que le inicien un vaciamiento intestinal rápido, con las consiguientes alteraciones gastrointestinales posteriores, que le llevan a presencia de edema por hipoproteinemia, por lo que el uso de diuréticos se hace imprescindible, para su reducción global de peso líquido.¹⁶(figura 13,14)

Fig. 13,14. Personas con bulimia



Fuente: <http://inutrition8.blogspot.com/>



Fuente: https://www.goconqr.com/p/8020354-cerebro-del-adolescente--slide_sets



CAPÍTULO III. ADICCIONES EN EL ADOLESCENTE

3.1 Definición de adicción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación.

Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad. Para poder hablar de dependencia física y psicológica las personas presentan tres o más de los siguientes criterios en un período de 12 meses:

- Fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia (adicción).
- Dificultades para controlar dicho consumo.
- Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.
- Tolerancia.
- Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia. (Inversión de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia).
- Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

Niveles de adicción:

a) Experimentación: es el caso donde la persona, guiada por la curiosidad, se ánima a probar una droga, pudiendo posteriormente continuar el consumo o interrumpirlo



b) Uso: el compromiso con la droga es bajo. Se consume los fines de semana y en oportunidades casuales. No existe deterioro laboral, social o familiar. No presenta episodios de intoxicación. El consumidor sólo busca un cambio de sensaciones.

Sin embargo toda droga genera dependencia física o psíquica progresivamente y es fácil caer en el abuso.

c) Abuso: el uso se hace regular durante casi todas las semanas y hay episodios de intoxicación. Ejemplo: en alcohol una intoxicación es cuando ya se presenta una resaca, lagunas mentales.

La droga va dirigiendo progresivamente la vida, se presenta deterioro académico, laboral, social y familiar. El estado de ánimo es cambiante (una vida normal y una vida adictiva y desconocida la mayor parte de veces por la familia).

d) Adicción: relación de amigos y familiar se rompe, dificultades académicas y laborales. La búsqueda de la droga se realiza de forma compulsiva. Es difícil la abstinencia, hay compromiso orgánico, hay conductas de riesgo como: promiscuidad sexual, uso de drogas intravenosas o combinación de varias drogas, el estado de ánimo depende de la etapa consumidor/abstinencia, accidentes automovilístico.¹⁷ (figura 15)

Fig. 15. Adicciones en los adolescentes



Fuente: <http://www.salud.carlosslim.org/tag/adicciones/>



3.2 Alcohol

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y fatal caracterizada por tolerancia y dependencia física, o cambios orgánicos patológicos, o ambos; todo consecuencia directa o indirecta del alcohol ingerido.¹⁸ Ha sido definido con las siguientes características:

- a) Los cambios crónicos y progresivos físicos, emocionales y sociales que se desarrollan son acumulativos y progresan si se continúa bebiendo.
- b) Tolerancia (adaptación cerebral a la presencia de altas concentraciones de alcohol).
- c) Dependencia física (síntomas de abstinencia que ocurren cuando disminuye o cesa el consumo de alcohol).
- d) La persona con alcoholismo no puede predecir la duración del episodio o la cantidad que irá a consumir.
- e) Los cambios orgánicos patológicos pueden encontrarse en cualquier órgano, pero más a menudo involucra al hígado, cerebro, sistema nervioso periférico y tracto gastrointestinal.
- f) El patrón de bebida es generalmente continuo, pero puede ser intermitente con períodos de abstinencia entre los episodios de bebida.
- g) Los síntomas ambientales, sociales y emocionales y las consecuencias del alcoholismo resultan del efecto del alcohol sobre la función del cerebro. El grado al cual estos síntomas y signos son considerados patológicos dependerá de las normas



culturales de la sociedad, o grupo en que la persona se desenvuelva.

Existe una relación directa entre el consumo del alcohol, las muertes violentas, el suicidio y los accidentes del tránsito.

El alcohólico es un enfermo que a través del consumo del alcohol comienza a sufrir daños (mentales, corporales y sociales). Dentro de los daños mentales se encuentra la paranoia de celos, alucinosis alcohólica y delirium tremens, hemorragias cerebrales e incluso ataques epilépticos.¹⁹

Los daños corporales son muchos: en el sistema digestivo pueden presentarse gastritis, trastornos biliares, hepatitis alcohólica y cirrosis hepática. También se pueden producir neuritis, calambres y parálisis. En el sistema genitourinario se produce una depresión funcional, impotencia con atrofia testicular. Además se ha relacionado la ingestión de bebidas alcohólicas con el cáncer de algunos subsistemas, como el respiratorio (vías respiratorias), o el digestivo (laringe, esófago, estómago, colon, recto, hígado, entre otros). Esto es debido a que el alcohol en su degradación en el hígado se descompone en acetaldehído que es una sustancia con propiedades carcinogénicas.

En relación con los daños sociales que produce la ingestión de bebidas alcohólicas, podemos decir que dependen de varios factores: de la cantidad de alcohol ingerido, de la forma de beberlo, de la personalidad anterior del alcohólico (lo que puede llevar a riñas familiares o no), trastornos en la escuela (ausencias, llegadas tardes o abandono). Es necesario que si se diagnostica que es el alcoholismo, el Médico de Familia de la escuela trace un plan en conjunto con la dirección del centro



para encauzar el trabajo; primero, el estudio de las causas que lo están produciendo, en la orientación a profesores, trabajadores y alumnos, y luego en la promoción de salud en los casos que aún no lo presenten, y ya con los que tienen el problema, una labor curativa para eliminarlo.

El conocer los daños que produce la ingestión de bebidas alcohólicas es una vía para la prevención de esta enfermedad.

Los adolescentes deben poseer una visión crítica sobre los daños que el ingerir bebidas alcohólicas produce al organismo y a los que se encuentran alrededor, para que se enfrenten al hecho de beber o no, tengan sus propios criterios y de esta forma tomen sus decisiones.²⁰ (figura 16)

Fig. 16. Alcoholismo en adolescentes



Fuente: <http://blogdelamente.com/riesgos-alcohol-en-jovenes/>



3.3 Tabaco

El consumo de tabaco constituye, en los países desarrollados, la primera causa de mortalidad y morbilidad en adultos que se podría prevenir. Se calcula que el tabaco provoca la muerte de unos 5 millones de personas al año en el mundo y de más de 50.000 personas en España. En los países desarrollados, el tabaco es responsable del 24% de todas las muertes entre hombres y del 7% entre las mujeres, aunque esta última cifra está aumentando como consecuencia de la incorporación de la mujer a esta adicción.

La pérdida de esperanza de vida entre los fumadores es de 14 años de media, dato al que habría que añadir la calidad de vida perdida para resaltar fielmente la importancia de esta enfermedad adictiva.

El tabaquismo también origina mortalidad y morbilidad en los fumadores pasivos, es decir, en aquellas personas expuestas de forma involuntaria al humo del tabaco en los hogares o en los lugares públicos fundamentalmente.

El humo del tabaco está catalogado por la Organización Mundial de la Salud y la Agencia Estadounidense de Protección del Medioambiente como carcinógeno de grado A, es decir, que carece de un nivel seguro de exposición.

La exposición al aire contaminado por humo del tabaco (AHT) supone un riesgo de muerte por cáncer de pulmón de 1/1000 y un riesgo de muerte por enfermedad coronaria de 1/100. Las estimaciones más



optimistas señalan que en Europa pueden fallecer unas 50.000 personas que no fuman cada año por exposición involuntaria al humo del tabaco

Todas estas consecuencias derivadas de la conducta de fumar podrían prevenirse si se consiguiera evitar esta conducta, la cual suele empezar en la adolescencia. La edad de iniciación y experimentación, donde el adolescente tiene el primer contacto con el tabaco, se sitúa alrededor de los 11 años y el consumo regular suele iniciarse a los 13 años en nuestro país.²¹

El tabaco desarrolla una dependencia psicológica que se encuentra fundamentalmente asociada al ritual del acto de fumar. Se desarrolla tolerancia a la nicotina que hace incrementar la cantidad consumida al doble o triple, aunque desciende rápidamente con la interrupción del uso del tabaco, por eso hace más efecto el cigarrillo de la mañana. Cada cigarrillo contiene de 0.8 a 3mg de nicotina que es un alcaloide causal de adicción. La falta de nicotina produce en pocas horas síntomas de abstinencia como nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, frustración, dificultad para concentrarse aumento de apetito y deseos incontrolables de fumar.²² (figura 17)

Fig. 17. Tabaquismo en la adolescencia



Fuente: <http://www.keywordsking.com/dGF1aXNtbw/>



3.4 Marihuana

En la actualidad, la marihuana es la droga “ilegal” más usada en todo el mundo, alrededor del 12% de las personas de 12 años o más refieren su consumo con altas cifras entre los jóvenes.

La vía de administración más frecuente es por inhalación. Las hojas y las flores trituradas de la planta *Cannabis sativa* se fuman (junto con los tallos y las semillas) en cigarrillos, cigarros, pipas, pipas de agua o enrolladas en la envoltura de un cigarro de tabaco .

El hashish es un producto creado a partir de la resina de las flores de marihuana y en general se fuma (solo o mezclado con tabaco) pero se puede consumir por vía oral. La marihuana también se puede usar para preparar té, y su extracto a base de aceite se puede mezclar con productos alimenticios.

El uso habitual de marihuana durante la adolescencia es especialmente preocupante porque en este grupo etario se asocia con mayor probabilidad de consecuencias perjudiciales .

a) Efectos del consumo durante poco tiempo

- Disminución de la memoria a corto plazo
- dificulta el aprendizaje y la retención de información
- Alteración de la coordinación motora: interfiere con la conducción de vehículos y aumenta el riesgo de lesiones
- Alteración del juicio: aumenta el riesgo de conductas sexuales que facilitan la transmisión de enfermedades de transmisión sexual



- En dosis altas, paranoia y psicosis

b) Efectos del consumo prolongado o intenso

- Adicción (en alrededor del 9% de los consumidores, 17% de los que comienzan en la adolescencia y 25-50% de los que consumen diariamente)
- Alteración del desarrollo cerebral
- Mal desempeño escolar, mayor probabilidad de deserción escolar
- Disminución cognitiva con cociente intelectual más bajo entre los consumidores frecuentes durante la adolescencia
- Disminución de la satisfacción vital y los logros (determinada sobre la base de mediciones subjetivas y objetivas y en relación con las mismas mediciones en la población general)
- Síntomas de bronquitis crónica
- Mayor riesgo de trastornos psicóticos crónicos (entre ellos esquizofrenia) en personas con predisposición a ellos.
- El efecto se asocia fuertemente con el consumo inicial de marihuana en la adolescencia temprana.²³ (figura 18,19)

Fig. 18,19. Consumo de la marihuana



Fuente: <http://lared.cl/2016/ayayay/la-marihuana-no-hace-nada-y-yo-me-lo-crei-la-carta-que-es-furor-en-redes-sociales>



3.5 Cocaína

La cocaína deriva del nombre científico de la planta *Erythroxylon coca* : su aspecto es el de un polvo blanco, fino y cristalino. Fue aislada de las hojas de la planta por el químico alemán Friedrich Gaedcke, en 1885. Sin embargo, es a Albert Niemann a quién se le otorga el crédito de haberla aislado en 1859 como la conocemos.

Los europeos la utilizaron un poco antes de que John Pemberton (1831-1887) inventara en 1886 el french wine coca , precursor de la Coca Cola. En 1863, Angelo Mariani (1838-1914) inventó el famoso Vin Mariani. Esta bebida se elaboró con hojas de coca y vinos de Burdeos. Mariani, quien era químico, fabricó pastillas, elixires e infusiones de cocaína. Todos estos productos se comercializaron con diversas indicaciones terapéuticas, particularmente para mejorar el estado de ánimo y reducir el cansancio.

Como una imitación del Vin Mariani, el doctor Pemberton inventó la Coca-Cola. En realidad, el doctor Pemberton era un adicto a la morfina y buscó refugio en la cocaína, que en ese entonces hasta Freud creía que podía reducir, controlar e incluso curar la dependencia al opio y sus derivados. Desde 1909, la Coca-Cola dejó de contener cocaína.

Debido a que la cocaína es un estimulante poderoso, se empezó a observar que su consumo diario provocaba alteraciones en el sueño y pérdida del apetito, y si la persona no la consumía, podía entrar en un estado de desesperación. A raíz de ello se estableció la asociación entre el consumo y los efectos adversos. En Estados Unidos, estas conductas



hicieron que se le prestara atención y se volviera una preocupación hasta que finalmente se prohibió su uso.

En México no se consideró un problema sino hasta la década de 1980, debido a las bajas prevalencias, y a que quienes la consumían pertenecían generalmente a clases socioeconómicas favorecidas, como escritores, intelectuales y artistas.

A partir de la década de 1970 y, con mayor énfasis a partir de la década de 1990, se incrementó el consumo y se empezó a estudiar la forma de uso tanto de la cocaína fumada como de una nueva forma de presentación: “el crack”. Se estudiaron también los patrones de uso, el perfil de los nuevos usuarios y las diferencias por sexo. Su uso se convierte en un problema alrededor del año 2000, que coincide con el cambio en las rutas internacionales de la zona del Caribe al corredor América central-México para llevar la droga a Estados Unidos.

Actualmente, la cocaína (incluido el crack), seguida de la marihuana, es una de las sustancias preferidas por la población y su consumo alguna vez en la vida se incrementó de 2002 a 2011, de 0.3 a 0.5%. Este orden de preferencia es igual tanto para hombres como para mujeres, con una razón de 2 a 1, respectivamente. Entre el grupo de mujeres, el consumo de cocaína y crack es mayor entre el grupo de edad de las más jóvenes de 12 a 25 años.

Además de los efectos a nivel del Sistema Nervioso que produce la cocaína, se han observado otros en el resto del organismo. Dentro de los inmediatos encontramos: vasoconstricción, midriasis, hipertermia,

taquicardia e hipertensión. Los efectos derivados de la euforia, principalmente durante los primeros 30 minutos son la hiperestimulación, la sensación de menos cansancio y un estado de mayor alerta mental. Otros efectos frecuentes a mediano y largo plazo son: arritmias, infarto miocárdico, dolor torácico, insuficiencia respiratoria, afecciones vasculares cerebrales, convulsiones, cefalea, náusea, dolor abdominal, anorexia y desnutrición.

Existen también efectos específicos dependiendo de la vía de administración. La vía intranasal puede ocasionar: epistaxis, anosmia, perforación del tabique, disfonía y disfunción en la deglución. La vía oral puede ocasionar isquemia intestinal y la inyectada: alergias, VIH, hepatitis y otras infecciones.²⁴ (figura 20)

Fig. 20. Adicción a la cocaína



Fuente: <https://centrodesintoxicacionsiningreso.es/consumo-de-cocaína-en-adolescentes/>



CAPÍTULO IV. MANIFESTACIONES BUCALES DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y ADICCIONES EN EL ADOLESCENTE

4.1 Anorexia y bulimia

Entre los trastornos alimenticios se incluyen la anorexia nerviosa (privarse uno mismo de alimentos), la bulimia nerviosa (comer compulsivamente y purgarse a través de vómitos, laxantes, diuréticos o exceso de ejercicio) y trastorno alimentario compulsivo (comer una mayor cantidad de alimentos en un breve período de tiempo).

Las complicaciones buco-faciales que pueden surgir debido a los trastornos alimenticios incluyen la erosión del esmalte, la caries dental, el agrandamiento de las glándulas salivales, la sensibilidad dental, infección fúngica o bacteriana de la parte externa de la boca y sequedad bucal debido a la falta de saliva.

La auto provocación del vómito repetido que ocurre con muchos de estos pacientes produce que el ácido estomacal que queda en la boca, erosiona el esmalte de los dientes por corrosión. Asimismo cepillarse los dientes inmediatamente después del vómito puede agravar el daño, porque en realidad el cepillado de ácido en la superficie del diente aumenta la acción erosiva.

Otra señal de un posible trastorno alimentario es una abundancia de cavidades en un corto período de tiempo.

En casos extremos de trastornos de la alimentación, el nervio del diente puede estar expuesto, causando la infección, decoloración e incluso la muerte del diente.

Más del 90 por ciento de las personas que tienen trastornos alimenticios son mujeres entre las edades de 12 y 25, sin embargo, es importante recordar que todas las edades y grupos socioeconómicos pueden estar en riesgo de trastornos de la alimentación.²⁵ (figura 21,22)

Fig. 21,22. Manifestaciones bucales ocasionadas por bulimia



Fuente: <http://consultoriodontalciroe.com/bulimia-nerviosa-y-desmineralizacion-de-los-dientes/>

4.2 Tabaquismo

Los efectos bucales del hábito de fumar incluyen mal aliento, dientes manchados, pérdida del olfato y el gusto, llagas ulcerosas, ineficacia de los implantes dentales, cáncer bucal y retracción de las encías, pérdida ósea y pérdida dental asociadas con las enfermedades de la encía quienes fuman menos de la mitad de una cajetilla al día tienen más del triple de probabilidades de desarrollar una enfermedad periodontal que quienes no fuman.

Ésta es una estadística importante para los adolescentes. En ocasiones se tiene la falsa creencia de que “fumar socialmente”, es decir, de manera casual tiene escaso o ningún efecto en su salud en general.

Masticar tabaco también tiene consecuencias graves en la salud bucal. Además de la posibilidad de causar caries, hay estudios que indican que aproximadamente el 27% de quienes usan el tabaco en formas diferentes a fumarlo presentan retracción de la encía, podrían perder el hueso que rodea los dientes y experimentar pérdida dental.

Mascar tabaco también causa leucoplasia, zonas blancas que se forman en el lugar en donde el usuario sostiene el tabaco. La leucoplasia, en 5% a 25% de los casos, antecede al cáncer bucal.²⁶ (figura 23,24)

Fig. 23,24. Manifestaciones bucales por tabaquismo



Fuente: <http://www.dentalgalindo.com/medicina-oral/tabaco-y-salud-oral/>

4.3 Alcoholismo

Estos pacientes presentan palidez en las mucosas orales, queilitis angular (en su estado más leve se denominan “boqueras”) y glositis (inflamación de la lengua).



4.4 Enfermedad Periodontal

En las personas alcohólicas la cavidad bucal es un espacio séptico, hace que se produzca un crecimiento e incremento en la penetración bacteriana a los tejidos periodontales (nuestras encías), junto con la disminución de la respuesta defensiva se produce un aumento de placa y cálculo por una higiene oral inadecuada. Además por una falta de vitamina C se produce enrojecimiento, agrandamiento y sangrado gingival.

4.5 Aumento de la prevalencia de caries

Las caries tienden a ser extensas en los alcohólicos por la disminución del flujo salival (xerostomía) y del comportamiento del estilo de vida tendiente a la higiene oral deficiente.

4.6 Otras manifestaciones

Otros signos clásicos que se manifiestan en boca con la hepatitis alcohólica son:

- Halitosis (mal aliento)
- Mucosa oral pálida
- Xerostomía: reducción del flujo de saliva
- Cambios descamativos y vesiculares por falta de Zinc
- Agrandamiento de glándulas salivares²⁷

(figura 25,26)

Fig. 25,26. Manifestaciones bucales por alcoholismo



Fuente: <http://www.clinicaesteve.es/blog/alcoholismo-manifestaciones-orales/>

4.7 Manifestaciones bucales por adicción a la marihuana

Existen manifestaciones propias a la sustancia o droga activa y otros productos del perfil adictivo general que manifiestan este grupo de pacientes.

Dentro de éstos últimos están, la tendencia a desarrollo de lesiones cariosas, enfermedad periodontal, abscesos pulpoperiapicales y periodontales, gingivitis ulceronecrosante aguda (GUNA) y otras estomatitis infecciosas; las primeras por el elevado consumo de carbohidratos y, en general, por su actitud negligente ante las prioridades. Igualmente observamos desgaste incisal/oclusal debido al bruxismo y compresión dental que producen dolor miofacial y articular; así como, hipertrofia bilateral de los músculos maseteros.

En este tipo de pacientes es frecuente observar afecciones a nivel cervical de los dientes por cepillado compulsivo, mordeduras, succión,

“lamerse” y protrusión lingual y labial que en conjunto pueden producir la retracción gingival, abfracciones, queilitis, ulceraciones, hiperqueratosis, pirosis y fatiga muscular perioral, depapilación lingual, entre otras.²⁸ (figura 27,28)

Fig. 27,28. Manifestaciones bucales causadas por adicción a la marihuana



Fuente: <http://www.elmanana.com/opinion/columnas/adictosalpormayor-3325729.html>

4.8 Manifestaciones bucales por adicción a la cocaína

La cocaína se puede ingerir de múltiples maneras, afectando en su gran mayoría el sistema estomatognático, al ser fumada o aplicada tópicamente en la boca se da un contacto directo con la cavidad bucal.

Las condiciones térmicas de la boca y las formaciones blandas succionan los químicos de la cocaína, al respecto la zona sublingual es conocida por su rápida absorción, pero es en los vestíbulos donde la cocaína surge mayor efecto. La parte blanda sufrirá un deterioro progresivo al ser expuesta frecuentemente a las sustancias químicas.

Los individuos que usan cocaína con frecuencia tienden a sufrir bruxismo severo, siendo común la presencia de dolor en la articulación temporomandibular y en los músculos masticatorios.

Dado el efecto anorexígeno de la cocaína, son frecuentes los cuadros de desnutrición y pérdida de peso, lo que puede repercutir a nivel de la cavidad oral con la presencia de glosodinia, queilitis angular y una mayor incidencia de infección por candidas .

El uso oral puede provocar erosión dental y el abuso de cocaína puede dar como resultado abrasión cervical y laceración gingival debido a un cepillado dentario excesivamente vigoroso durante los picos de acción de la droga.²⁹ (figura 29,30)

Fig. 29,30. Manifestaciones bucales ocasionadas por adicción a cocaína



Fuente: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2007/11/08/medicina/1194539817.html>



CONCLUSIONES

Es importante canalizar a los adolescentes con cualquier tipo de trastornos ya sea alimenticio o adicción, a centros de ayuda, ya que considero que es importante prevenir estos problemas y no solo corregirlos, la mayoría de las veces se dan las adicciones como consecuencia a una desintegración familiar por lo tanto hay que crear programas que integren a estos adolescentes y así evitar que se vean envueltos en cualquiera de estos problemas.

El identificar las características clínicas y manifestaciones bucales de trastornos alimenticios y adicciones en el adolescente , nos permite brindar un tratamiento multidisciplinario en beneficio de nuestra población.

En cuanto a atención odontológica se refiere, considero que debemos de mostrar empatía con este tipo de pacientes adolescentes ya que en esta etapa la mayoría muestra rebeldía , falta de cooperación y es muy importante hacerles sentir que su salud general y bucal nos importan y lo único que queremos es poder ayudarlos a corregir ciertos problemas bucodentales que pudieran llegar a presentar, creando así un poco de conciencia en ellos y que acudan al odontólogo por gusto y no por obligación.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borrás Antisteban . Correo Científico Médico Internet . vol. 8, Correo Científico Médico. [s.n.]; 2014 [cited 2017 May 5]. 05-07 p. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Eccles, J. (999). “ The Development of Children Ages 6 to 4.” The Future of Children. Otoño. 9(2). 30-44.
3. Slaby, R.; Rodell, W.; Arezzo, D.; y Hendriz K (1995). EVPT for T and YCN, Children A for the E of Y.
4. Newman, B. y Newman R (1998). D through LAPAWP.
5. Piaget, J. (9 72). “Intellectual Evolution from Adolescence to Adulthood.” Human Development. 15 1-12.
6. Hansen, W.; Nangle, D.; y Kathryn M (9 98). “Enhancing the E of SSI with A., 489-513. E and T of CN 21(4).
7. Steinberg L (2000). TF at AT and TJ of AH 27:170-178.
8. Tyler, F. y cols. (9 9). “ The Ecology and Psychosocial Competence.” In: Ethnic ality E and PA, Press. PCMNYP.
9. Westen, D. (1996). Psychology: Mind, Brain, and Culture. John Wiley and Sons IHU.
10. Gilligan C (1988). M the MDAC of WT to PT and E, Cambridge MHUP.
11. Revisi CDE, Mart OH, Zulueta SV, Ram CC, Gonsalves CC, Docente HG, et al. ARTÍCULO DE E I I N alud bucal en la adolescencia Oral health in adolescence Dra. árbara OlaydisHechavarria Martínez, Internet . vol. 7Carranza, MEDI A N. Centro Provincial de Información de Ciencias M dicas; 2013 [cited 2017 May 9]. 117-125 p. Available from:



- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Carranza FA, Newman MG THPC 10^a ed. MMI. 2010.
 13. Méndez JP, Vázquez-Velázquez V, García-García E. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. [Internet]. Vol. 65, Boletín médico del Hospital Infantil de México. AMERBAC; 2008 [cited 2017 May 9]. 579-592 p. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 14. BRAVO RODRIGUEZ, Martha; PEREZ HERNANDEZ, Argelia y PLANA BOULY R, Síntomas. A nerviosa: características y, Rev Cubana Pediatr [online]. 2000, vol.72, n.4 pp. 300-305. I 1561-3119.
 15. BUSTAMANTE CABRERA, Gladys y JUSTO QUISBERT, Jhannet Jhackelin. Bulimia. Rev. Act. Clin. Med [online]. 2013, vol.35 pp. 1798-1803. I 2304-3768.
 16. <https://www.medicina21.com/Articulos/V2299/Acerca-de-la-bulimia.html>.
 17. [Http://www.url.edu.gt/portalurl/archivos/99/archivos/adicciones_completo.pdf](http://www.url.edu.gt/portalurl/archivos/99/archivos/adicciones_completo.pdf).
 18. 1.Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. DSN III. Barcelona Toray-Masson 1983;180.
 19. 1983;24(4):523-9. 2.González R. Variedades del alcoholismo. Rev Hosp Psiquiátr. La Habana.
 20. Adolescentes. L prevención del alcoholismo en los, Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2000, vol.16, n.4 pp. 406-409. I 1561-3038.
 21. Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y



- Comunitaria. A, Morena Rayo S, Párraga Martínez I, González Céspedes MD, oriano Fernández H, López-orres Hidalgo J. revista clínica de medicina de familia. Internet. ol. 2, revista Clínica de Medicina de Familia. Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria; 2005 [cited 2017 May 11]. 320-325 p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. No titleGranado ecino, Conrado. “odo sobre el tabaco” editorial Pearson Alhambra. 2004.
 23. Dörr A, Gorostegui ME, Viani S, Dörr P. Adolescentes consumidores de marihuana: implicaciones para la familia y la escuela. Salud Ment. 2009;32(4):269–78.
 24. del Bosque J, Mairena AF, Díaz DB, Espínola M, García NG, Abdalá AL, et al. La coca??na: Consumo y consecuencias. Salud Ment. 2014;37(5):381–9.
 25. Ochoa GL, Dufoo, Olvera S, De León, Torres CS. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. Rev Odontológica Mex [Internet]. 2008;12(1):46–54. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2008/uo081g.pdf>
 26. Día IAL. El tabaco y sus consecuencias en la salud bucal.
 27. Figuero E, Carretero M, Cerero R, Esparza G, Moreno L. Efectos del consumo de alcohol etílico en la cavidad oral: Relación con el cáncer oral. Oral Med Pathol [Internet]. 2004;(1):14–23. Available from: <https://roderic.uv.es:8443/handle/10550/35708>
 28. Gigena P, Bella M, Cornejo L. Salud bucal y hábitos de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación. Odontoestomatología



[Internet]. 2012;14(20):49–59. Available from:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392012000200006&script=sci_arttext&tlng=pt

29. Gándara JM, Diniz M, Gándara P, Blanco A, García A. Lesiones inducidas por la aplicación tópica de cocaína. *Med Oral*. 2002;7(1):103–7.