



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SALUD  
BUCODENTAL DIRIGIDO A ADOLESCENTES EN EL  
ORFANATORIO “LA PAZ” TEOLOYUCAN, ESTADO  
DE MÉXICO. 2006**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**CIRUJANA DENTISTA**

**P R E S E N T A:**

**GLORIA CASTRO HERNÁNDEZ**

**DIRECTORA: C. D. MARÍA PATRICIA DE LA ASUNCIÓN  
HENONÍN PALACIO**

**ASESORA: C. D. ELIZABETH DIANA MOEDANO ORTÍZ**

**MÉXICO, D. F.**

**2006.**



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.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	Página
ANTECEDENTES.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	47
JUSTIFICACION.....	47
OBJETIVOS.....	48
Objetivo General.....	48
Objetivo Específico.....	48
METODOLOGÍA.....	49
Material y método.....	50
Tipo de estudio.....	50
Población de estudio.....	50
VARIABLES DE ESTUDIO.....	50
Variable Independiente.....	50
Variable Dependiente.....	51
CRITERIOS.....	51
Criterios de Inclusión .....	51
Criterios de Exclusión.....	51
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	51
RECURSOS .....	52

Recursos Humanos.....	52
Recursos Materiales.....	52
Recursos Financieros.....	53
DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.....	54
RESULTADOS.....	59
CONCLUSIONES.....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	68
ANEXOS.....	72

## **INTRODUCCIÓN**

La Educación para la Salud, cuya función definida por Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud es la de promover, organizar y orientar los procesos tendientes a influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud de los individuos, grupos y comunidades, adquiere una gran importancia.

Existe evidencia científica de la efectividad de las medidas preventivas en Odontología. La aparición de la caries dental y enfermedad periodontal son debidas a estilos de vida inadecuados con la consiguiente adquisición de hábitos nocivos duraderos.

Frente a esta situación es necesario la implementación de programas de salud bucodental dirigido hacia los grupos de adolescentes los cuales han venido afrontándose con problemas por falta de interés y desvalorización hacia la atención estomatológica, lo cual se demuestra por la dificultad para lograr que mantengan hábitos y conductas higiénicas adecuadas para conservar la salud bucal.

El objetivo de este trabajo es diseñar e implementar un programa de salud bucodental dirigido a las adolescentes que residen en el Orfanatorio “La Paz” debido a que sus conocimientos estomatológicos e higiene bucal resultan inadecuadas en un alto porcentaje, por tanto es importante señalar que si se les orienta a través de éstos programas entonces podrán asumir actitudes de respeto y responsabilidad hacia su salud bucodental e incidir directamente en la disminución de la morbilidad dentaria.

# **1. ANTECEDENTES**

## **1.1 PROGRAMAS DE SALUD BUCAL**

La salud oral desempeña un papel importante en la salud general del individuo, ya que numerosas patologías orales se reflejan a nivel sistémico y viceversa. La prevención de las patologías bucodentales debe ser objetivo del cirujano dentista mediante programas de educación para la población orientada a la adquisición y puesta en práctica de determinados estilos de vida que incluyen entre otros. La incorporación en la higiene general del individuo de los hábitos de una correcta higiene bucodental. La educación de la población objetivo que permita conocer y poner en práctica éstas medidas.<sup>1</sup>

Existen evidencias científicas de la efectividad de las medidas preventivas en Odontología. La aparición de la caries y la enfermedad periodontal son debidas a estilos de vida inadecuadas con la consiguiente adquisición de hábitos nocivos duraderos.

Frente a esta situación se hace necesario el implementar programas de salud bucodental dirigido a los adolescentes para que puedan adquirir hábitos correctos de higiene bucal ya que se ha dicho que los hábitos adquiridos durante la infancia tiene mayor estabilidad a lo largo de la vida.

En un informe publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en España se afirmaba que era prioritario el mantenimiento y consolidación de programas de salud bucodental para toda la población escolar al menos entre los 6 y los 16 años y se insta a la promoción de programas de educación para la salud (EPS) sobre métodos preventivos, con el objetivo de

crear conciencia y motivar sobre los hábitos dietéticos saludables, y fomentar el uso de cepillo y aditamentos de higiene bucal.

Países como Colombia, Argentina; Costa Rica, Cuba, el Salvador, México entre otros han llevado a cabo encuentros internacionales para intercambiar acciones e ideas con respecto a temas relacionados con la atención primaria en salud donde se incluyen programas de educación para la salud bucal.

Uno de los países participantes fue Cuba donde se conoce que el primer programa básico de atención estomatológica se elaboró en 1973, al confeccionarse, el documento denominado “Los Programas Básicos del Área de la Salud”. En 1979, se instituyó el modelo de atención de la “Estomatología en la Comunidad”, que establecía un cambio conceptual en la prestación de los servicios, pero manteniendo vigente el programa básico antes citado. En agosto de 1984 es aprobado el Programa de Atención estomatológica a la Población Menor de 15 años en septiembre de ese mismo año, el Programa de Atención Estomatológica a la Población con Retraso Mental, en tanto que en el año de 1986 se aprueban los Programas de Diagnóstico Precoz de Cáncer Bucal y el de Atención Estomatológica al Adulto.

Por otra parte, Rodríguez C A., y Saldivar V. en La Habana, Cuba, en 1999 llevaron a cabo un estudio de tipo epidemiológico con el objetivo de dar a conocer un sistema de vigilancia que permitía identificar y realizar acciones sobre los problema bucales más frecuentes de la población.<sup>2</sup>

Así mismo, la fuente PJ, Gómez Pérez de Mendiola F., en España en el 2002, realizaron una encuesta sobre salud bucodental auto administrada en 1380 adolescentes, encontrando que el 41.9% se cepillaba los dientes 3 o más veces al día  $2.2 \pm 0.98$  veces-día, siendo más prevaleciente este hábito

en los pacientes del sexo femenino. Un 64% nunca utilizaba hilo dental y el 30% lo utilizaba ocasionalmente., además de un 88.1% no había utilizado hasta la fecha del estudio colutorios para complementar la higiene oral.

En el mismo estudio se observó que el 81.9% de los adolescentes valoraba su salud oral lo mismo que la de otros órganos del cuerpo, mientras que un 10.0% la valoraba más que cualquier otra y un 7.0% menos.

En relación con la frecuencia que acudían al odontólogo en función con la fecha de su última visita, se reportó que el 66.7% había acudido al dentista en menos de un año, (72.6% varones y 60.6% mujeres) mientras que el 28.2% llevaba más de un año de no acudir.<sup>3</sup>

En el año 2003 en Nuevo León, México, se llevó a cabo un estudio de tipo transversal realizado por Hernández G, donde se estudió a 53 escolares de 8 a 12 años en condiciones sociales bajas.

El promedio obtenido del índice CPO fue de 3.9, observándose que ha medida que aumentaba la edad el índice también iba en aumento así se vio que el índice a los 6 años fue de 2.7, mientras que a los 12 aumentaba casi al doble ya que fue de 6. En relación del Índice de Higiene Oral Simplificado los resultados obtenidos fueron de 1.09 para la población en estudio.

Según los datos obtenidos en este estudio se observa la necesidad de incrementar y perfeccionar la atención estomatológica por medio de implementación de programas de Educación para la Salud, sobre todo en poblaciones donde existen grupos vulnerables o con bajos recursos económicos.

Actualmente se llevan a cabo programas de salud bucodental en la ciudad de Zacatecas, México, donde se encuentran desarrollando proyectos de investigación en relación a los factores determinantes así como el estado nutricional y salud bucal de los preescolares que habitan en el municipio de Guadalupe Zacatecas, para poder así integrar programas de salud bucal con el objeto de poder elaborar perfiles de tipo epidemiológico en relación a los trastornos de la nutrición y la presencia de caries dental en niños escolares de 3 a 5 años tanto a nivel individual como colectivo a beneficio de los grupos que se encuentran en mayor riesgo.<sup>4</sup>

## **1.2 ELEMENTOS ESENCIALES QUE DEBEN DE REUNIR LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL**

De acuerdo a sus responsabilidades y funciones:

**1. Planeación de programas.** El éxito de cualquier programa depende de la planeación cuidadosa. Los programas de educación para la salud desde hace mucho tiempo padecen la tendencia de tomar acción sin una planeación suficiente. Por lo tanto, los resultados con frecuencia no son los esperados y por consiguiente hay una falta de éxito en los mismos.

La planeación permite obtener datos básicos que proporcionen dirección al programa, así como facilitar la elección de conductas clave y determinantes que tienen influencia sobre las conductas.

**2. Ejecución de programas.** Este proceso es una labor que incluye la selección así como la capacitación del personal administrativo; obteniendo de esta manera facilidades, materiales para la enseñanza y reclutamiento del personal requerido.

**3. Proporción de servicios directos de educación para la salud.** La responsabilidad de los educadores de la salud consiste en enseñar, capacitar, asesorar, consultar y promover la comunidad.

**4. Administración de programas.** En ésta los educadores son quienes desempeñan una actividad de tipo administrativa siendo entre otras, promover el programa mediante la preparación de informes, preparación de presupuestos y distribución de fondos así como la participación en la creación de planes y políticas dentro de la organización que los empleara.

**5. Evaluación de los programas.** La evaluación en la educación para la salud, es tanto, una función integral de la práctica de la educación para la salud como un área de sub-especialización. Algunos educadores para la salud que están capacitados sobre todo en el diseño de investigadores y análisis estadísticos, sirven como evaluadores externos de los programas de educación.<sup>5</sup>

## 2. ASPECTOS GENERALES DE MENORES EN ABANDONO.

La protección al huérfano o al niño abandonado ha sido una de las formas básicas de la beneficencia en todo tiempo; pero las condiciones y modo de cumplir ésta misión han tenido una profunda evolución en los últimos años.

La preocupación de la sociedad por proteger en forma efectiva a los que al nacer nada tenían, hizo necesaria la idea de crear centros o instituciones donde acoger a aquellos que, por lo visto, nada merecían por su condición, y tenerlos ahí sin saber hasta cuando ni para qué. Tal idea predominó durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX. Desde entontes, se buscó evitar el abandono para que los centros estuvieran menos nutridos, y desde entonces también se concedieron más derechos a los niños que allí se hacinaban y que debido a varias circunstancias se morían o deformaban física y mentalmente ante aquel ambiente frío, despersonalizado y quizá hostil, pero” suficiente”.



Fuente <http://www.ine.gob.violencia.htm>

## 2.1 ABANDONO

Se entiende por abandono infantil "la falta injustificada de asistencia a un niño de corta edad".<sup>6</sup> Pudiendo resumir este abandono en los siguientes tipos: abandono moral y abandono material.

El abandono moral se refiere a la falta de acción educadora e incluye la formación intelectual y del carácter así como la vigilancia y corrección de su conducta. Se consideran así en estado de abandono y peligro de moral los niños descuidados, explotados y maltratados, así como los que no tienen hogar conocido.

El abandono material afecta a la asistencia alimenticia, que incluye el vestido, la vivienda, etc. Se incluyen en este apartado los que carecen de recursos para subsistir (por muerte, desaparición o abandono de los padres) es decir, los huérfanos y desamparados, además de los niños nacidos generalmente fuera del matrimonio y expuestos en la vía pública para ocultar su filiación, con el propósito de romper para siempre con toda la relación con ellos.

Las causas generales del abandono infantil:

- La causa principal reside en la irresponsabilidad y egoísmo de los padres.
- Causa de índole económica. En muchas ocasiones se rechaza a los hijos porque son una carga para la familia.
- Por orfandad absoluta (muerte de los padres) o parcial (muerte de uno de los cónyuges quedando el superviviente en la indigencia o por ser incapaz de hacerse cargo de los hijos).
- Ilegalidad de los hijos (hijos abandonados, de padres desconocidos).
- Niños de madres solteras que se desentienden de ellos.<sup>7</sup>

La familia es instituable para que el niño se desarrolle a plenitud tanto en el aspecto físico, como psíquico y moral, que habrá de culminar en la maduración propia de la vida adulta.

En la vida familiar la madre será para el niño garantía de permanencia y seguridad emocional y hallará en el padre el estímulo y guía segura para realizar el proyecto de la pequeña y personal aventura cotidiana. Por otra parte, la coexistencia entre iguales, es decir, entre los hermanos constituirá para el niño su primer aprendizaje de convivencia social.

La armoniosa y normal evolución de la vida infantil queda a veces trastornada o alterada por un acontecimiento dramático: la irregularidad o carencia de hogar.

Se ha hablado y escrito acerca de este grave problema del niño sin familia, que procuran suplir las instituciones a la que queda encomendado.

Se debe reflexionar en la enorme importancia de estos niños. Problema trascendental que irá más allá de ellos mismos, precisamente porque les afecta en lo más íntimo y personal. Ese vacío que sellará sus vidas será la causa de muchas actitudes y comportamientos posteriores, será la causa principal de una manera de ser posterior, cuando intente incorporarse a una sociedad desconocida, o al menos muy distante de la que hasta entonces han pertenecido. Este problema se asienta en las heridas de la afectividad, en su falta de satisfacción de esa necesidad de amor y de cariño.

El huérfano se puede definir como:

- El niño abandonado en instituciones de acogimiento sin que conste en éstas el nombre de los padres, o de la madre por lo menos.

El menor se encuentra bajo la tutela de la institución y puede ser adoptado o no por una familia sin temor a posibles conflictos con su familia natural.

- El niño acogido en instituciones donde consta nombre y circunstancias de los padres, generalmente madre soltera, pero que se entiende más tarde de su hijo.

Los padres, o en su caso la madre, conservan en principio la patria potestad.<sup>7</sup>

Una característica de los niños sin familia, es la falta de lo que se llama formación social o urbanidad elemental: delicadeza, afabilidad, cuidado de las cosas, comportamiento en sociedad. Los padres, en su convivencia con el hijo, incluso en las más bajas esferas sociales, corrigen en él una serie de pequeños vicios o defectos que dan un aspecto desagradable a quien no se los han corregido. Luego será motivo de desventaja en su posición ante la sociedad.

El niño sin familia maltrata en general las cosas o bienes materiales “por que sí” sin darse cuenta, por malos modales. “Es sabido que los niños de orfanato demuestran una gran indiferencia por sus escasas posesiones (no cuidan su ropa, por ejemplo) y despliegan escasos esfuerzos si se les propone un cambio para mejorarlas o aumentarlas. Igual que la disciplina y el trabajo escolar, lo que tienen lo reciben pasivamente”.

Un déficit importante del abandono es el no saber lo que representa un hogar, desconocer las vivencias del hijo de familia, los afanes de la casa, las luchas, los días felices y los amargos, los problemas sentimentales y los materiales.<sup>8</sup>

Por lo tanto, lo que habrá de procurar es acercar lo más posible éstos centros a un ambiente familiar cuya finalidad no acabe en cubrir las necesidades elementales de alimento, techo y abrigo. Debe ir más lejos: a satisfacer las necesidades psicológicas (afectivas), las sociales (contacto con el medio externo de relación y juego) y las familiares (sustituyendo las figuras parentales y la dinámica de un hogar completo tanto cuanto sea posible) en el sentido más amplio.

## **2.2 MALTRATO FÍSICO**

El maltrato físico constituye el tipo de maltrato mas conocido y descrito, generalmente como manifestación tardía de un problema antiguo o una situación de crisis en los cuidadores.

Se entiende como maltrato físico a toda agresión infligida por un adulto, producida por el uso de la fuerza física no accidental que produzca una lesión que supere el enrojecimiento de la piel. Se considera maltrato físico, también el uso de cualquier instrumento para golpear a un niño.<sup>9</sup> Bajo estos términos podríamos decir que el maltrato físico es muy frecuente, lo cual es cierto si se tiene en cuenta un estudio realizado en hogares y escuelas en donde el 73% de los padres y el 60% de los padres manifestó haber maltratado a los niños bajo su cuidado sin importar el nivel socioeconómico.<sup>10</sup>

En cuanto a los factores de riesgo para ser agredido, el “modelo de victimización” que nos presenta Maria Amelia Azevedo nos muestra como algunas características particulares de los niños pueden facilitar que las condiciones del maltrato se presenten.

Dentro de estas características tenemos los niños prematuros, los de bajo peso al nacer, los niños con discapacidades, incontinentes, no previsibles, rebeldes, hiperactivos y aquellos físicamente no atractivos para los padres.

En cuanto a los presuntos agresores debemos tener en cuenta características culturales, sociales, las experiencias de socialización y las características personales.

Las principales características sociales que pueden llevar a un cuidador a maltratar a un niño o niña son la edad, el sexo, la situación económica y las experiencias de socialización con respecto a violencia intrafamiliar, historia personal de maltrato e ignorancia sobre las nuevas necesidades de los niños ante las situaciones actuales.

Dentro de los tipos de maltrato físico los más conocidos hacen referencia a lesiones en tejidos blandos y del sistema óseo de diferentes partes del cuerpo, quemaduras y abuso sexual como un tipo especial de maltrato.<sup>11</sup>

### **2.3 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Se define violencia intrafamiliar como aquella violencia que tienen lugar dentro de la familia ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende entre otros: maltrato físico, psicológico y abuso sexual.

Se entiende que la violencia doméstica es un modelo de conductas aprendidas, coercitivas que involucran abuso físico o a la amenaza de abuso físico. También puede incluir abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo e intimidación.

Hay autores que señalan que la violencia intrafamiliar se da básicamente por tres factores; uno de ellos es la falta de control de impulsos, carencia afectiva y capacidad para resolver problemas adecuadamente; y además en algunas personas podrían aparecer variables de abuso sexual y drogas.

Se dice que los 5 primeros años de la vida dejan una marca imborrable para toda la vida, puede ser para bien o para mal, por ello no debe privarse a un niño de amor y menos golpearlo pues esto le provoca lesiones psicológicas y emocionales, que perduran toda la vida.

Todos estos golpes emocionales y psicológicos, hacen daño en la niñez debido a que en esta edad el niño o la niña no sabe defenderse; y su mente apenas comienza a desarrollar ciertos mecanismos de defensa para poder filtrar y analizar lo que ve y oye. No tiene capacidad para decir si es verdad o no, lo justo o injusto. Es realmente distinta la niñez y adolescencia cuando un niño(a) recibe amor, van adoptando su personalidad.

La violencia doméstica no es solamente abuso físico, golpes, o heridas, son aún más terribles la violencia psicológica y la sexual por el trauma que estas causan. Hay violencia cuando se ataca la integridad emocional o espiritual de una persona.

En la actualidad, se admite el régimen de orfanatorio, dado que existen muchos motivos por los cuales el niño no puede permanecer con sus progenitores, teniendo que canalizarlos a las instituciones donde han de acogerlo con carácter lo más familiar posible, buscando atenuar los inconvenientes y así multiplicar las condiciones favorables dentro del régimen al que es sometido.

No obstante, aún en el supuesto ideal, a la protección de aspecto tutelar colectivo siempre le faltarán los espléndidos elementos que posee el ambiente familiar para la formación íntegra del niño, y tal solución debe ser considerada siempre como mal menor.

Se puede afirmar que hoy día, como resultado de múltiples causas, el niño “hogareño” regular y que vive normalmente en el seno de una familia, va siendo cada día más excepcional. De ahí que el orfanatorio es algo necesario para un porcentaje considerable de niños. Por consiguiente, se ha de procurar dar a dichas instituciones una serie de garantías desde el punto de vista psicológico y social, enfocando su régimen interno del modo más humano posible para que el niño se sienta tranquilo y seguro.<sup>12</sup>

## **2.4 HISTORIA DEL ORFANATORIO LA PAZ, A.C.**

El día 10 de Febrero de 1921, Fiesta de Santa Escolástica, se recibió a la primera niña, de 14 meses de nacida, quién ahora es la fundadora de nuestro Orfanatorio y actualmente es una de las hermanas religiosas. El lema del orfanatorio es: “Acoger, socorrer, proteger, custodiar y educar a niños, niñas y jóvenes de clase humilde, que fueron abandonados, maltratados, agredidos y/o que se encuentran en inminentes peligros en sus hogares, estableciendo asilos, orfanatorios y escuelas, donde se les educará y formará cristiana e integralmente”

“SER FAMILIA PARA LOS SIN FAMILIA”

De 1921 a 1939, para sostener el Orfanatorio, la Congregación se vio en la necesidad de realizar variados trabajos.

Desde su fundación, el Orfanatorio, por diversas razones tuvo varios domicilios. Fue hasta después de la muerte de Ntra. Rvda. Madre Fundadora, que se decidió el acondicionar el inmueble de la Colonia Martín Carrera para que se quedara como Orfanatorio, en éste año 2006 nos mudamos a Teoloyucan, Estado de México.

En 1987 se vio en la necesidad de constituirlo legalmente como una Asociación Civil, fue así, que se le llamó “Orfanatorio La Paz, A.C”. Para nuestras adolescentes que asisten a la educación media superior y superior, se les envía a escuelas oficiales y particulares, siendo una de sus funciones la de proporcionar educación. Actualmente se cuenta con una población de 50 niñas y adolescentes, de edades entre 10 meses y 25 años.

### 3. ADOLESCENCIA



Fuente [www.adolescentesxlavida.com.ar](http://www.adolescentesxlavida.com.ar)

#### 3.1 DEFINICIÓN.

La organización Mundial de la Salud (OMS) define como “adolescente” a la persona entre 10 y 19 años y como “joven” a quien tiene entre 15 y 24 años de edad. La expresión “gente joven” incluye tanto a los adolescentes como a los jóvenes (OMS 1995). Las definiciones de los términos adolescente y joven reflejan procesos de desarrollo físico, psicológico y socio-económico los siguientes aspectos:

- El desarrollo individual progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias, hasta la madurez sexual.
- Los procesos psicológicos y los patrones de identificación de la persona se desarrollan desde aquellos asociados con los niños hasta adultos.

- Se hace la transición de un estado socio-económico de dependencia total a uno de relativa independencia.<sup>13</sup>

Otras definiciones:

A. Aberastury la define como: “aquel individuo que debe cumplir una serie de responsabilidades de adulto para dejar de ser adolescente”. En lo personal; es tener madurez y metas definidas, en lo social; es no depender económicamente de los padres, tener una posición social aceptable, ser comprensivo con los padres, en fin una serie de tareas por todos conocidas basadas en supuestos, los cuales sin dejar de ser metas para el individuo, no son la forma de evaluar un adolescente, se trata más bien de ver cómo cada individuo logra esos objetivos de la mejor manera posible en su tiempo y espacio personal.

Lo importante de la definición es poder manejar en forma integrada dos conceptos que parecieran opuestos

:

- El desarrollo sociocultural del individuo
- El desarrollo biológico y psicoemocional.<sup>14</sup>

Para los grupos rurales y marginales la juventud comienza a una edad muy temprana, coincidiendo con las edades en que empiezan a trabajar. En ese momento comienzan también sus responsabilidades económicas, familiares y sociales, que son las pautas que caracterizan a esta etapa.<sup>15</sup>

La adolescencia puede ser una época de alegría irreprimible. Así como de una tristeza y una pérdida aparentemente inconsolables; de una inclinación por los grupos y por la soledad; del altruismo y egoísmo; de curiosidad insaciable y aburrimiento; de confianza y duda en uno mismo. Pero, sobre todo, la adolescencia es un periodo de cambios rápidos: físicos, sexuales e

intelectuales y de cambios ambientales en la naturaleza de las exigencias externas que la sociedad impone en sus miembros en desarrollo.<sup>16</sup>

Hasta hace poco tiempo la salud de los adolescentes ha sido uno de los aspectos olvidados por el sector salud y los demás involucrados con este grupo. Sin embargo, este es un periodo decisivo para el nivel de salud y calidad de vida que se pueda alcanzar en la adultez.

Los adolescentes viven un periodo caracterizado por grandes cambios bio-psicosociales, por la búsqueda de un estilo de vida propia y por el rechazo a los modelos propuestos. En esta etapa, muchas veces, los adolescentes originan situaciones riesgosas que les pueden dejar situaciones negativas para el resto de su vida. Es así que, para alcanzar un futuro saludable, se torna imprescindible que desarrollen conductas protectoras, demandando apoyo de los adultos y acciones colectivas de prevención así como de prevención de la salud.

Debido al hecho de que los índices de mortalidad de los adolescentes no son muy elevados, sus problemas de salud han sido tradicionalmente ignorados o se les ha prestado la suficiente atención. Las necesidades de los adolescentes y las demandas en las que se ven sometidos están íntimamente relacionadas con el contexto en el que viven. En la medida en que seamos capaces de comprender y mejorar ese contexto, seremos también capaces de mejorar la calidad de sus vida y de la sociedad del futuro que ellos representan.

El óptimo crecimiento y desarrollo biológico y social de los adolescentes se logra más fácilmente cuando crecen en ambientes saludables y armoniosos, donde se sienten comprendidos y queridos , y donde se les ayuda y apoya en periodos de transición no siempre fácilmente superables. La adolescencia

es una etapa crucial para la formación de hábitos, conductas y comportamientos sociales. Es por ello que los hábitos que se adquieren a esa edad pueden tener una importancia clave en su vida futura de los adolescentes y permitirles (o impedirles) un pleno aprovechamiento de sus capacidades.

Los adolescentes deben confrontar cambios relativamente bruscos y dramáticos de tipo físico, psicológico y social. Al mismo tiempo necesitan definir sus ideas en lo que concierne en su papel como futuros adultos. Estas consideraciones son especialmente importantes cuando se tiene en cuenta que las conductas nocivas desarrolladas durante la adolescencia son en gran parte prevenibles cuando se aplican las estrategias adecuadas.<sup>17</sup>

### **3.2 CLASIFICACIÓN DE LA ADOLESCENCIA.**

La adolescencia se debe clasificar en etapas cronológicas, para una mayor facilidad y comprensión de los eventos.

- Adolescencia inicial: 10 a 13 años
- Adolescencia media: 14 a 17 años
- Final de la adolescencia: 18 a 21 años

Estas categorías obedecen a cinco aspectos básicos que hay que tener en cuenta para la evaluación como son:

1. La edad cronológica.
2. La edad del desarrollo.
3. El sexo.
4. La raza.
5. La sociedad y cultura a la que pertenecen.

Cada una de estas variables es importante tenerla en cuenta ya que para una misma edad cronológica cualquiera de los elementos mencionados

anteriormente pueden modificar sustancialmente el comportamiento esperado para dicho sujeto.

El objetivo es ir desmitificando conceptos un poco inadecuados que han perdurado durante mucho tiempo y que de alguna manera influyen en la apreciación que se tenga del adolescente y su adolescencia, como es el llamado síndrome de adolescencia normal.

El proceso de crecimiento y desarrollo del adolescente tiene las características de ser un evento con diversas variables las cuales casi siempre se han tomado en forma independiente para su análisis, sin embargo se deben integrar de la mejor manera posible los aspectos biológicos, psicoemocionales y sociales de tal manera que se vea la influencia que tienen los unos sobre los otros.

El entendimiento y comprensión del proceso del crecimiento y desarrollo del adolescente, la secuencia de sus diferentes etapas y procesos madurativos constituyen una herramienta fundamental para el adecuado abordaje de la salud del adolescente.

La meta del niño es la de llegar al estado adulto y para ello el organismo tienen la capacidad de crecer y madurar y es durante la adolescencia en donde ocurren una serie de cambios en todos sus órganos y sistemas.<sup>14</sup>

### **3.3 CARACTERÍSTICAS.**

#### **3.3.1 Características biológicas.**

Es conocido, el aspecto de madurez biológica que viene directamente relacionado con los cambios anatómicos, fisiológicos y endocrinológicos del crecimiento, desarrollo físico y morfología corporal, estos eventos biológicos son iguales para cualquier adolescente del mundo.<sup>14</sup>

No se puede predecir cuando tendrá lugar éste periodo de crecimiento acelerado, ya que no tiene época específica de aparición y difiere no sólo entre adolescentes varones y mujeres, sino que aún presenta variaciones dentro del mismo sexo. En términos generales se puede decir que los adolescentes varones tienen un periodo de crecimiento más largo que las adolescentes mujeres, y su promedio de estatura es también mayor. Tanto en los adolescentes varones como en las mujeres el periodo de crecimiento acelerado dura aproximadamente cuatro años y medio.

En condiciones normales, los adolescentes adquieren durante la pubertad el 50% del peso corporal ideal del adulto, y del 20% al 25% final de crecimiento lineal. Es importante destacar que las enfermedades, la desnutrición y el estrés psicológico pueden afectar el crecimiento, la altura final y, aunque en menor proporción, la forma corporal.

En las niñas, al aumento de la secreción de estrógenos(hormonas sexuales femeninas) les sigue el desarrollo de los órganos sexuales, ciclo que culmina con la primera menstruación llamada menarca, la desnutrición y el estrés pueden retardar la aparición de la misma. Este es un fenómeno de trascendencia no sólo desde el punto de vista físico sino también psicológico. Con importantes implicaciones afectivas familiares, culturales y sociales.

### 3.3.2 Características psicosociales.

Las dificultades que caracterizan a la adolescencia están relacionadas con los cambios sociales rápidos y marcados, así como la estructura misma de las familias. La capacidad de los adolescentes para enfrentar las demandas de la sociedad moderna es función de varios factores, entre los que están su desarrollo físico y fisiológico, así como también sus habilidades cognitivas.<sup>18</sup>

En la evolución psicológica y emocional de los adolescentes se ha descrito el llamado “síndrome de la adolescencia normal”, integrado por una serie de síntomas, características y comportamientos presentes en mayor o menor grado durante ésta etapa de la vida. Dichas características que dependen de diferencias individuales y del ambiente cultural son:

- Búsquedas de sí mismos y de la identidad.
- Tendencia grupal.
- Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- Crisis religiosas
- Desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario; a menudo hay dificultad de enfocarse en el presente.
- Manifestaciones sexuales que van desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital.
- Actitud antisocial.
- Contradicciones sucesivas en manifestaciones de la conducta.
- Relación conflictiva con los padres, oscilando entre comportamientos infantiles y la necesidad de separación de los mismos y el establecimiento de su identidad propia.
- Constantes cambios en el estado de ánimo.

La utilidad de esta agrupación de características es que no sólo engloba manifestaciones de conducta frecuentes en los adolescentes sino que señala la normalidad de dichas manifestaciones e indica la falacia de considerarlas como conductas patológicas.

Con respecto al desarrollo cognitivo, los años que transcurren entre la pubertad y la adultez son críticos. Es esta una etapa donde hay una evolución del pensamiento concreto al abstracto y la capacidad de utilizar el conocimiento alcanzando su máxima eficiencia. Como resultado de esos desarrollos, los adolescentes adquieren la capacidad de pensar en términos del futuro y de extrapolar, es decir aprovechan sus experiencias y conocimientos para enfrentar y solucionar problemas y situaciones desconocidos hasta entonces. Durante este periodo los adolescentes se hacen mas introspectivos analíticos y comienzan a pensar en términos simbólicos. La capacidad de formular hipótesis, corregir falsos presupuestos, considerar alternativas y llegar a conclusiones, contribuyendo a desarrollar el sentido de identidad de manejo del mundo que los rodea.<sup>19</sup>

### **3.3.3 Características Físicas.**

La adolescencia se caracteriza por el rápido crecimiento, cambios en la composición corporal, el desarrollo de los sistemas respiratorio y circulatorio, el desarrollo de las gónadas, órganos reproductivos y de caracteres sexuales secundarios, así como el logro de su plena maduración.

La composición corporal del organismo se basa en la teoría de que el cuerpo se compone de dos sectores bien diferenciados. El primero corresponde al peso corporal graso. El segundo, que es el de músculo-hueso.

Maduración sexual.

Sexo Femenino. La maduración sexual de la mujer se determina por el desarrollo de los senos, la aparición del vello pubico, axilar y la menarca.

Sexo Masculino. La evaluación de la maduración sexual del sexo masculino se basa en la observación del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (genitales externos, vello pubico, axilar, facial y cambio de voz) y del desarrollo testicular.<sup>20</sup>

### **3.4 SALUD DEL ADOLESCENTE**

En la actualidad, los adolescentes forman una quinta parte de la población del mundo. Cuando los adolescentes se esfuerzan por hacer realidad su potencial físico, intelectual, emocional, social y espiritual, contribuyen enormemente al progreso social.

La salud de los adolescentes, como su desarrollo, es un concepto positivo. Incluye el bienestar físico, mental y social, además de la ausencia de afecciones o enfermedades y, al igual que el desarrollo, está estrechamente relacionado con el comportamiento de los adolescentes.<sup>21</sup>

Ésta debe empezar desde la infancia, el cariño, la comprensión y el apoyo que el niño reciba debe continuar en el adolescente, que está pasando por una edad difícil de su vida: el ejemplo de sus padres, la educación moral y religiosa, y el amor que les den, aseguran su salud y bienestar.<sup>22</sup>

El principal problema durante la adolescencia es el cumplimiento; en este sentido, Griffin y Geopferd señalan que la motivación de los adolescentes para asumir la responsabilidad de su higiene bucal se complica con reacciones de recidiva frente a la autoridad externa y con cierto grado de incapacidad para apreciar las consecuencias a largo plazo.

Debido a que la etapa de la adolescencia es difícil por los cambios tanto físicos como psicológicos en los que se ven envueltos en busca de su identidad y autonomía desafiando patrones y reglas establecidas, los adolescentes se convierten, por lo tanto, en blanco perfecto para desencadenar enfermedades y hábitos inadecuados. Traduciéndose en ausentismo en la consulta con respecto a la salud general y por ende ausentismo para la consulta en el ámbito bucal.<sup>23</sup>

La prevención y el manejo de los problemas del adolescente, o su transformación en verdaderos padecimientos, depende de una atenta y cuidadosa observación y valoración de sus actitudes y conductas: si son exageradas o demasiado persistentes.

La promoción de la salud es un medio excelente para la prevención de problemas del adolescente. Se trata de aspectos elementales de salud: alimentación, actividad y reposo, vida al sol y al aire libre, ambiente familiar de afecto y de confianza.<sup>22</sup>

## **3.5 MANIFESTACIONES BUCALES MÁS FRECUENTES EN LA ADOLESCENCIA.**

### **3.5.1 CARIES**

El término “caries” proviene del latín, significa: descomponerse o echarse a perder y caries dental se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes.

La caries dental y la enfermedad periodontal han sido consideradas como las enfermedades de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial. En la actualidad, la distribución y severidad de las mismas varía de una región a otra y su aparición está fuertemente asociada con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento.

La caries es aún el mayor problema de salud bucodental en la mayoría de los países industrializados, llegando afectar entre el 60% y 90% de la población escolar y adulta.<sup>24</sup>

Es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad. Constituyendo una de las causas principales de pérdida dental y, además, puede predisponer a otras enfermedades.

La caries dental es importante por las siguientes razones:

1. Es una de las enfermedades crónicas que más afecta a la humanidad.
2. Su tratamiento es costoso e implica pérdida de tiempo.
3. En grados avanzados produce dolor muy intenso.

4. Los dientes sanos son indispensables para la buena masticación y, por consiguiente, para la buena digestión. la caries puede dificultar la masticación.
5. La pérdida de los dientes puede afectar la fonación.
6. Altera la sonrisa y la morfología del rostro, pues la cara adquiere la facies típica de los ancianos desdentados.
7. Puede originar procesos sistémicos, como la endocarditis bacteriana subaguda.

Entre diversas definiciones, se presentan aquí algunas como:

Para Williams y Elliot, la caries es:

- Una enfermedad de origen bacteriano que es principalmente una afección de los tejidos dentales duros y cuya etiología es multifactorial.

Katz dice:

- Es una enfermedad caracterizada por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que traen como resultado la destrucción final del diente si el proceso avanza sin restricción.

Piedrola y colaboradores la definen como:

- Una enfermedad de evolución crónica y etiología multifactorial (gérmenes, dieta, factores constitucionales), que afecta tejidos calcificados de los dientes y se inicia tras la erupción dental, provocando, por medio de los ácidos procedente de las fermentaciones bacterianas de los hidratos de carbono, una disolución localizada de las estructuras inorgánicas en una determinada superficie dental, que evoluciona hasta lograr finalmente la desintegración de la matriz orgánica, la formación de una cavidad y

pérdida de la pieza, pudiendo ocasionar trastornos locales, generales y patología focal.

OMS (Organización Mundial de la Salud) la define como:

- Toda cavidad en una pieza dental, cuya existencia pueda diagnosticarse mediante un examen visual y táctil practicado con el espejo y sonda fina.<sup>25</sup>

La caries dental es un problema odontológico importante al cual debe prestarse atención en la práctica clínica cotidiana, no sólo en cuanto a los procedimientos de restauración que implica, sino también por los aspectos preventivos que disminuyen su incidencia.

Algunos autores señalan que al erupcionar los premolares y los segundos molares permanentes aumenta la incidencia de caries, al igual que los primeros molares permanentes; los segundos molares permanentes inferiores son más afectados en su superficie oclusal que en el maxilar superior. Estos dientes requieren una atención meticulosa, con aplicación de fluór y obturaciones cuando sea preciso, para prevenir una penetración rápida en la dentina y, también, la exposición de la pulpa.<sup>26</sup>

La caries dental no sólo es causa de dolor sino que son procesos infecciosos mantenidos que pueden conducir a alteraciones en la formación del diente permanente y además producir infecciones graves a distancias como cardiopatías, procesos reumáticos y alteraciones renales.<sup>27</sup>

Existen numerosas evidencias de que la ingesta frecuente de carbohidratos se encuentra asociada con la prevalencia de caries.<sup>28</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su informe de salud oral de 1997, afirmó que la caries dental sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en la Américas, por la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad, los costos relacionados con su tratamiento ( de operatoria y rehabilitación oral), pérdida de dientes y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención.<sup>29</sup>

Por otra parte, los efectos psicosociales, el impacto que tiene la caries sobre la morbilidad bucal y costos relacionados con su tratamiento en la población adolescente, se hace necesario diseñar e implementar estudios y estrategias efectivas de promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad.

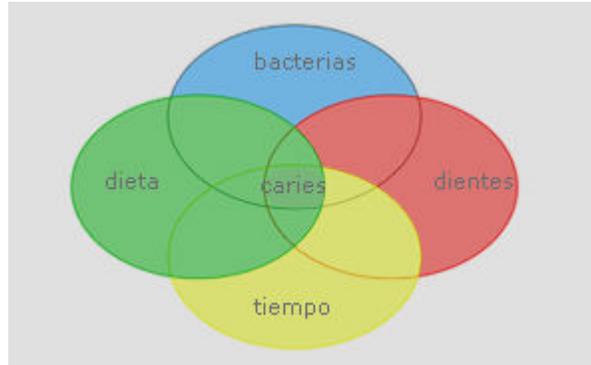
La literatura sugiere además que el uso de teorías o modelos para fundamentar una investigación, un programa o intervención de promoción de la salud, mejora significativamente las probabilidades de éxito de la misma.<sup>30</sup>

### **3.5.1.1 CONCEPTOS ACTUALES DE LA ETIOLOGÍA DE LA CARIES**

La caries dental es una enfermedad multifactorial en la que existen interacción de 3 factores principales: el huésped (particularmente la saliva y los dientes), la microflora (microorganismos), y el sustrato o medio ambiente (dieta), además de éstos 3 factores debe tomarse en cuenta uno o más, el tiempo, el cual debe considerarse en toda la exposición acerca de la etiología de la caries.

Para que se forme una caries es necesario que las condiciones de cada parámetro sean favorables. Es decir, para que haya caries debe haber un

huésped susceptible, una flora oral cariogénica y un sustrato apropiado que deberá estar presente durante un período determinado.<sup>31</sup>



Fuente [www.cubamedica.com/ilus/odontologia.caries](http://www.cubamedica.com/ilus/odontologia.caries)

### 3.5.2 INDICE DE CARIES

A diferencia de otras enfermedades, las propias características de la caries y su historia natural, han facilitado la elaboración de unos índices que permiten la medición adecuada de esta enfermedad.

#### **Unidades de medidas.**

#### **ÍNDICE CPO-D**

Para evaluar la afección por la caries de la dentición permanente se emplea el índice CPO-D que fue establecido por Klein y Palmer desde 1930.<sup>32</sup>

El índice CPO-D mide el ataque de caries en la dentición permanente. El emplear este índice ayuda para valorar el estado de afección con una mayor profundidad, por lo que se utiliza para conocer la afectividad de programas preventivos, así como la incidencia de las enfermedades bucales.<sup>33</sup>

Sus iniciales significan respectivamente: C dientes con caries, D obturados por causa de caries y P perdidos por causa de caries. La suma de estas tres posibles circunstancias determina el C.P.O-D de un individuo. La aplicación de este índice en un grupo o poblaciones deberá contar con un determinador que será el número total de individuos examinados.

$$\text{CPO-D} = \frac{\text{C} + \text{P} + \text{O}}{\text{No. de individuos}}$$

El Índice CPO-D se basa en 28 dientes.

Los dientes que no se cuentan son:

1. Terceros molares
2. Dientes no erupcionados. Un diente es considerado erupcionado cuando alguna parte de este es observable clínicamente, algunas veces se tiene que hacer diferenciación entre superficialmente erupcionado, parcialmente erupcionado y totalmente erupcionado.
3. Anodoncia y supernumerario.
4. Diente removido por otras razones diferentes a caries dental, tales como impactación o durante un tratamiento ortodóntico.
5. Diente removido por otras razones que no sea caries dental, tales como traumatismos (fractura), estética, o cuando se usa como pilar para una prótesis.
6. Dientes primarios retenidos con el diente permanente sucesor erupcionado. Se debe de evaluar el estado del diente permanente.

Cada diente debe registrarse en el espacio correspondiente del odontograma internacional y bajo un solo criterio. La exploración debe iniciarse por el segundo molar del cuadrante superior derecho, se continúa con el cuadrante superior izquierdo hasta el segundo molar, posteriormente se continúa al cuadrante inferior izquierdo a partir del segundo molar y se termina en el

cuadrante inferior derecho hasta el segundo molar inferior. Se debe revisar en sentido de las manecillas del reloj.<sup>34</sup>

Este índice es un buen instrumento de medida del nivel de prevalencia de caries en una comunidad o un grupo de población amplio, y por ello es el índice de elección para estudios de tipo transversal. La OMS utiliza el C.P.O-D como indicador de comparación del estado de salud dental entre poblaciones distintas.<sup>35</sup>

Estableciendo como:

**SANO.** Una corona se registra como sana si no muestra signo de caries clínica tratada o sin tratar. Se excluyen las fases de la caries dental que proceden a la formación de cavidades, así como otros trastornos análogos a las fases iniciales de la caries dental, porque no se pueden diagnosticar de modo fiable.

**CARIES.** Se registra la presencia de caries dental cuando una lesión está presente en una cavidad o fisura, o en una superficie dental suave o reblandecida, tiene una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o un suelo o pared apreciablemente ablandado. También debe incluirse en esta categoría un diente con una obturación temporal o un diente que está obturado pero también cariado. En casos de duda la caries dental no debe registrarse como presente.

**OBTURADO.** Se considera que una corona está obturada cuando se hallan una o más restauraciones permanentes y no existe ninguna caries dental en la corona. Se incluye en esta categoría un diente con una corona colocada debida a una caries dental anterior.

PERDIDO POR CARIES. Se utiliza esta clave para los dientes permanentes o primarios que se han extraído debido a la presencia de caries dental. Para los dientes primarios, este grado debe emplearse solo si el sujeto presenta una edad en la que la exfoliación normal no sería suficiente de la ausencia.

DIENTES PERDIDOS POR CAUSAS DIFERENTES A CARIES. Se utiliza para los dientes permanentes que se consideran ausentes de modo congénito o que se han extraído por motivos ortodónticos, por periodontopatías o traumatismos.<sup>34</sup>

### **3.5.3 MANEJO DE LA DIETA.**

La adolescencia temprana se caracteriza por un marcado aumento de la energía física, acompañado con un aumento de apetito.

La dieta en el adolescente, se debe centrar en la ingesta equilibrada, reducción de la frecuencia de bocadillos y selección de alimentos que no se retengan en los dientes y tejidos blandos.

Dichas medidas con frecuencia entran en conflicto con el modo de vida de los adolescentes.<sup>23</sup>

Un hecho afortunado es que el desarrollo social creciente hacia mediados de la adolescencia se acompañe de un fuerte deseo de verse atractivo, y la boca, al ser el centro de la cara, reviste importancia decisiva para la vanidad. No obstante, la presencia de caries puede no ser considerada un motivo para modificar la dieta, ya que muchos adolescentes no se sienten susceptibles a las caries y las perciben como algo poco severo.<sup>36</sup>

En esta etapa de crecimiento se incrementa las necesidades de energía, vitaminas y minerales. En general, las mujeres consumen muchos menos alimentos que los varones y, por lo tanto, deben satisfacer sus necesidades individuales dentro de un intervalo de ingestión de calorías más estrecho.<sup>26</sup>

### **3.6 ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL ADOLESCENTE**

La enfermedad clínica de la enfermedad gingival y periodontal en los adolescentes se asemejan a las que se encuentran en los adultos. La pérdida ósea por periodontitis en la adolescencia ocurre en un porcentaje bajo, pero sin embargo, la gingivitis es un estado predominante de este grupo. Las manifestaciones clínicas de la gingivitis incluyen inflamación marginal, pérdida del puntilleo, edema y hemorragia, por estimulación o de tipo espontáneo. La identificación de pérdida ósea resultante de una progresión de gingivitis a periodontitis sugieren, por primera vez en el adolescente, que es un periodo de transición en términos de reacción corporal.

La adolescencia se convierte en un periodo de transición en el tratamiento periodontal y la higiene bucal adecuada contribuye a impedir trastornos periodontales irreversibles. Dejar la adolescencia con un periodonto sano y hábitos adecuados de higiene, ayuda a prevenir la enfermedad periodontal en el adulto. La placa dentobacteriana es uno de los factores importantes en la etiología de la enfermedad periodontal.<sup>23</sup>



[www.dental.mu.edu](http://www.dental.mu.edu)

## **PLACA DENTOBACTERIANA**

La placa dental es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas que se colecciona sobre la superficie de los dientes, encía y otras superficies bucales. La formación de la placa es aproximadamente de tres a cuatro horas máximo, de color claro, translúcida y por lo tanto difícilmente detectable. La placa está compuesta por bacterias que son sus componentes principales y por una matriz intracelular que consta en gran medida de hidratos de carbono y proteínas. En un gramo de placa pueden existir aproximadamente 200 mil millones de microorganismos. El principal nutriente de la placa es la sucrosa, de la cual los microorganismos obtienen energía y metabolismo ácido, polisacáridos intracelulares como nutrientes de reserva y polisacárido extracelulares. La placa dental es reconocida universalmente como el agente causal, tanto de caries dental, como de las enfermedades periodontales.



Fuente Directa

Según su localización se denomina:

- Supragingival. Se extiende desde el margen libre de la encía hacia la corona del diente.
- Subgingival. Localizada a partir del margen gingival en dirección a apical.
- Fisural. Desarrollada en surcos y fosetas.<sup>37</sup>

La microflora oral encuentra sus nutrientes básicos en la propia cavidad oral en condiciones normales, la concentración de azúcares en los fluidos orales es baja. Sin embargo, durante la ingestión de alimentos ricos en hidratos de carbono refinados, esos niveles de azúcar pueden aumentar hasta concentraciones altísimas.<sup>38</sup>

La placa bacteriana se puede eliminar mediante el cepillado dental.

En edades tempranas, los padres son los encargados de la eliminación de la placa bacteriana y por medio del cepillado dental son los primeros en desarrollar este hábito.

La eliminación completa de la placa bacteriana es laboriosa, por la morfología dentaria y la interrelación de los dientes, existen multitud de recovecos en los que se acumula la placa y que son casi inaccesibles. Las técnicas de la eliminación de la placa incluirá el cepillado y la utilización de la seda dental.<sup>39</sup>

## INDICE DE Love

Este índice es utilizado para medir la presencia de placa dentobacteriana.

Método de aplicación del índice de Love.

1. Para detectar la placa se utilizan (pastillas reveladoras de placa) y se le indica al paciente triturarla con las superficies oclusales y después

con la lengua expandir por todas las superficies dentales y enseguida se indica enjuagar.

2. Con ayuda del espejo se comprueban las caras de los dientes que han sido coloreadas por la sustancia reveladora y se registra con un punto de color rojo en el diagrama del formulario.
3. Los dientes ausentes indican en el diagrama con una línea horizontal azul.
4. Los dientes que no han sido manchados se señalan con un punto azul
5. Los terceros molares no se incluyen en el análisis por no ser dientes pilares de prótesis.

No. de superficies manchadas.

$$\text{Ej. IBH} = \frac{\text{_____}}{\text{_____}} \times 100$$

Total de superficies examinadas.

Se suman todas las superficies teñidas y se dividen entre el total de superficies examinadas, se multiplica por 100 la cifra obtenida y este resultado es el índice de análisis de higiene bucal de Love. Este índice fue evaluado de la forma siguiente:

- De 0 al 14%: excelente.
- Del 14 al 20%: bien.
- Del 20 al 30% . regular.
- Más del 30%: mal.<sup>40</sup>

## **CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES**

### **3.6.1 GINGIVITIS.**

La gingivitis es para el odontólogo un cuadro patológico al que se tienen que enfrentar cada día. La génesis del mismo se puede explicar generalmente a través de causas locales, entre las cuales una higiene oral deficiente con acumulación de placa es el factor causal más importante y el que aparece con más frecuencia en los adolescentes.

La gingivitis es una enfermedad inflamatoria de la encía marginal, bien localizada o generalizada. La gingivitis del adolescente es de origen hormonal y local. El tratamiento para dicho estado es necesariamente de naturaleza local. La higiene personal adecuada alivia un poco la inflamación, en casi todos los adolescentes, esta terapéutica logra una mejoría importante.<sup>23</sup>

La inflamación es causada por la acumulación de placa bacteriana, el cálculo, la irritación mecánica. Las irregularidades en la posición de los dientes pueden ser factores contribuyentes, se localiza en la encía libre y la interdientaria. Se observa con más frecuencia durante la dentición mixta y con menos frecuencia en la dentición permanente.

La encía presenta enrojecimiento y edema, usualmente sin dolor. Se puede observar muchas veces hiperplasia gingival. Puede ocurrir el sangrado de manera espontánea o después del sondeo periodontal. A menudo hay halitosis.<sup>41</sup>

La halitosis, es una preocupación importante durante la adolescencia, pues interfiere con la autoimagen y puede llevar a dificultades en las relaciones interpersonales.<sup>42</sup>

Se ha demostrado que la interrupción de las medidas higiénicas orales provoca en un plazo de una hasta dos semanas una inflamación de la encía anteriormente sana.

Al reemprender la higiene oral y eliminar las placas, estos hallazgos se curan completamente al cabo de pocos días.<sup>23</sup>

### **3.6.1.1 GINGIVITIS ULCERO NECROSANTE**

Es una enfermedad destructiva e inflamatoria de la encía que presenta signos y síntomas característicos, causada por la interacción del huésped y bacterias, en ocasiones espiroquetas.

Los factores predisponentes importantes son:

- ✓ Fumar
- ✓ Pobre higiene bucal
- ✓ Factores emocionales
- ✓ Trauma local
- ✓ Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Se presenta con más frecuencia en adolescentes, localizándose en la papila interdental, encía marginal, y pocas veces en otras mucosas de la cavidad bucal.

El patrón clínico característico es la necrosis y las ulceraciones en forma crateiforme.

Las lesiones generalmente comienzan en la punta de las papilas interdentarias, extendiéndose a los bordes libres de la encía, la cual es de color roja intenso, se ve inflamada y hay presencia de dolor. Frecuentemente presenta hemorragia espontánea, salivación excesiva, y trastornos en el aliento y en el sabor. También se pueden manifestar fiebres de bajo grado, malestar general y dolor de cabeza. Las lesiones pueden difundirse a los tejidos blandos adyacentes.<sup>41</sup>

### **3.6.1.2 GINGIVITIS DEBIDO A RESPIRACIÓN BUCAL**

Es una forma crónica de gingivitis que conduce a la hiperplasia y agrandamiento gingival. Causado por respiración bucal, usualmente por irregularidades del septum nasal o por cierre incompleto del labio que producen resequedad de la mucosa bucal y conllevan a la acumulación de placa bacteriana. Se localiza generalmente en la encía vestibular de la zona anterior del maxilar superior.

Clínicamente se observa un agrandamiento indoloro de la encía interdentaria. Usualmente cubre de manera parcial la corona del diente. El color de la encía es normal o ligeramente roja. La superficie gingival es brillante y seca con puntilleo.

### **3.7 PERIODONTITIS.**

La periodontitis es la inflamación de los tejidos de soporte, que produce una destrucción del aparato de inserción del tejido conectivo a la raíz dentaria del hueso alveolar y migración apical del epitelio de inserción.

#### **3.7.1 PERIODONTITIS JUVENIL, LOCALIZADA Y GENERALIZADA.**

La primera afecta selectivamente a primeros molares, e incisivos permanentes. Los hallazgos clínicos son poco relevantes, pero la destrucción es severa. Podrá tener una base genética y suele acompañarse de depresión de la quimiotaxis y la función fagocitaria de los neutrófilos. La forma generalizada afecta, quizá algo más tardíamente, a toda la dentición de manera grave y se asocia a alteraciones en la quimiotaxis de los neutrófilos.<sup>43</sup>

Sus características clínicas son: inflamación gingival, destrucción rápida y severa de hueso alveolar, sacos periodontales profundos, sangrado gingival, halitosis y movilidad.<sup>36</sup>

## **4. PREVENCIÓN**

Es la acción y efecto de prevenir anticipadamente para evitar un riesgo. Esta consiste en todos los esfuerzos por poner una barrera al avance de la enfermedad en todos y cada uno de sus estadíos.

Comprende todas aquellas medidas encadenadas a evitar el desarrollo de la enfermedad y a restaurar la función normal de un organismo, lo que incluye las practicas de diagnostico oportuno y la aplicación del tratamiento eficaz.<sup>32</sup>

### **4.1 HÁBITOS HIGIÉNICOS.**

Los hábitos higiénicos importantes en la salud del individuo, depende en parte de factores genéticos y en mayor proporción de su modo de vida y de los riesgos a que se expone en el ambiente. El conocimiento de estos factores y el manejo adecuado de ellos es lo que a fin de cuentas va a determinar el grado de salud del individuo. La aplicación práctica de estos conocimientos en la vida diaria es lo que constituye la higiene personal. La higiene consiste en conocer las relaciones que existe entre las condiciones de funcionamiento del organismo humano y los factores del ambiente externo. Un mero conocimiento de estos hechos no tiene valor si no es practicado diariamente, lo cual implica que todos los procedimientos de la higiene deben transformarse en hábitos de vida, ya que tiene por objeto colocar al individuo en las mejores condiciones de salud frente a los riesgos del ambiente.

Concretamente, la higiene personal incluye todas las prácticas, técnicas y hábitos incorporados al mundo habitual de vida del individuo que tiene por objeto prevenir la enfermedad y fomentar la salud física y mental.

La práctica de la higiene personal es una cuestión de responsabilidad individual que se adquiere a través de un proceso de educación.<sup>44</sup>

## **4.2 MEDIDAS PREVENTIVAS EN ODONTOLOGÍA**

La placa dentobacteriana constituye un factor causal importante de las dos enfermedades dentales más frecuentes: caries y enfermedad periodontal.

Por lo tanto es importante eliminada a través de los siguientes métodos:

- 1.Cepillado dental.
- 2.Uso de medios auxiliares: hilo dental, cepillos interdentes, palillos, estimulador interdental, irrigador bucal.
- 3.Pasta dental o dentífrico.



Fuente Directa

### **4.2.1 CEPILLADO DENTAL.**

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos:

- Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana
- Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos
- Estimular los tejidos gingivales
- Aportar fluorosis al medio bucal por medio de la pasta dental

La frecuencia del cepillado depende del estado gingival, la sensibilidad a la caries y la minuciosidad del aseo.

Los jóvenes con propensión a caries dental deben cepillarse entre los 10 minutos posteriores a cada comida y antes de dormir.

Si las personas no se cepillan de manera minuciosa, deben hacerlo después de cada comida y antes de dormir. El cepillado nocturno es muy importante porque durante el sueño disminuye la secreción salival.

Algunos colorantes vegetales son útiles para comprobar si el cepillado fue correcto. Entre los más usados se encuentran los indicadores dicromáticos. Estos tiñen de azul la placa bacteriana antigua (con más de 48 hrs. de formación) y de rosado la placa bacteriana reciente (de menos de 48hrs.), y de ese modo es posible diferenciarlas. La solución se aplica con un hisopo de algodón sobre las superficies dentales y los márgenes de las encías, y luego se enjuaga.

Existen también comprimidos que se disuelven en la saliva durante 20 seg. Y se distribuyen con la lengua por las superficies dentales, espacios interdientales y encías.

La higiene bucal previa a la erupción de los dientes es muy importante así que los rodetes deben limpiarse con suavidad.

## **MEDIOS AUXILIARES**

### **4.2.2 HILO DENTAL**

El cepillado de los dientes es insuficiente para limpiar los espacios interproximales, por lo cual es necesario utilizar hilo dental después del mismo.

El hilo dental es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan para entrar en contacto con la superficie del diente. Tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor y con sabor a menta.

Su indicación depende de las características de cada persona; por ejemplo, si existe un contacto muy estrecho entre los dientes es preferible usar el hilo; pero, si el espacio es mayor, resulta conveniente utilizar la cinta o el hilo de tipo “*floss*”, el cual posee una zona central distensible con varias fibrillas.

### **4.2.3 ESTIMULADOR INTERDENTAL**

Es una parte flexible de hule o de plástico que esta adherida al extremo libre del mango del cepillo. Se utiliza solo para eliminar residuos del espacio interdental cuando este se encuentra muy abierto y la papila se ha reducido.

### **4.2.4 CEPILLO INTERDENTAL**

Es un cepillo de forma cónica con fibras dispuestas en espiral. Se usa únicamente para asear espacios interproximales amplios.

#### **4.2.5 PALILLOS**

Hay palillos de madera para limpiar los espacios interproximales, pero sólo se utilizan cuando dichos espacios son amplios y es necesario tener cuidado de no lesionar la papila gingival. Hay un limpiador interdental de puntas romas que constituye un auxiliar de gran utilidad para higiene dental.

#### **4.2.6 IRRIGADOR BUCAL**

Los irrigadores bucales son aparatos que se conectan directamente a la llave del agua o tienen un motor para generar un chorro de agua pulsátil, el cual se dirige de manera perpendicular hacia el eje mayor del diente. Así es posible lavar o dar masaje al margen de la encía, y también eliminar residuos de alimentos.

Algunos autores afirman que el irrigador no elimina la matriz pegajosa de la placa dentobacteriana pero reduce el potencial patógeno, otros, en cambio, no lo consideran de utilidad, el irrigador "*water pik*" ya no esta en la lista de recomendaciones de la Asociación Dental Americana.

#### **4.2.7 DENTÍFRICO O PASTA DENTAL**

El dentífrico es una sustancia que se utiliza en el cepillo dental para limpiar las caras accesibles de los dientes.

El cepillo dental tiene la función mas importante en la eliminación de placa bacteriana, pero el dentífrico contribuye a ello por medio de sustancias tensoactivas, espumigenos, bactericidas y abrasivos. Además, el dentífrico brinda sensación de limpieza a través de las sustancias soporíferas, como la

menta, al grado de que muchas personas no se cepillan los dientes cuando carecen de pasta dental.

Algunos dentríficos contienen sustancias desensibilizadoras, las cuales disminuyen la hipersensibilidad de la dentina en personas con este problema. Otro componente importante es el fluoruro, el cual puede ser de sodio o estaño o monofluorofosfato de sodio (MFP); pero independientemente del tipo adicionado, todos contienen la misma del ion. Se recomienda una poca cantidad de dentífrico para evitar la ingestión excesiva de fluoruro en caso de consumo accidental.<sup>25</sup>

## **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La salud bucodental de los adolescentes ha sido, hasta hace poco tiempo, uno de los aspectos olvidados por el sector salud y los demás sectores involucrados con este grupo.

La adolescencia es una etapa de cambios, de adaptación, es una transición hacia la madurez.

Es una etapa de “crisis” en la que el adolescente sufre, lo que origina que adopte actitudes y conductas que parecieran anormales.

Los adolescentes viven un período caracterizado por grandes cambios bio-psicosociales, por lo cual es necesario tener conocimiento de los problemas que enfrentan para así poder comprender sus necesidades y actitudes ante el cuidado bucodental.

La aparición de caries y enfermedad periodontal son debidas a estilos de vida inadecuadas con la consiguiente adquisición e hábitos nocivos duraderos.

## **6. JUSTIFICACIÓN.**

La adolescencia es una etapa donde se inicia los cambios puberales caracterizándose por profundas transformaciones a nivel biológico, psicológico y social.

La OMS la define como “toda persona comprendida entre los 10 y 19 años y joven entre los 15 y 24 años.

El problema principal que se encuentra en esta etapa son las prácticas, comportamiento y conductas de riesgo, esto provoca que se conformen estilos inadecuados de vida que condicionan enfermedades y muerte prematura en los adultos.

Es importante promover la salud y educar estilos de vida sana para incorporar a nuestros jóvenes que contribuyan a mantener una buena salud bucal, evitando con ello la aparición de ciertas afecciones bucales como son: la caries y las enfermedades periodontales que se ha comprobado que en muchos casos se inician en edades tempranas.

En esta etapa de la vida, los adolescentes se vuelven más independientes y despreocupados por su salud bucal, por lo que se considera pertinente la motivación.

Los hábitos de salud oral de las adolescentes del orfanatorio “La Paz” presentan deficiencias en relación a su higiene que podrían corregirse mediante el diseño e implementación de un programa de Educación para la Salud, para de esta manera conseguir mejorar su salud bucodental

## **7. OBJETIVOS.**

### **7.1 OBJETIVO GENERAL.**

Diseñar un programa de salud bucodental dirigido a las adolescentes del orfanatorio “La Paz” Teoloyucan, Estado de México.2006

### **7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar las necesidades del tratamiento dental en las adolescentes del orfanatorio “La Paz”

Implementar estrategias de salud bucodental para las adolescentes del orfanatorio.

Evaluar los conocimientos sobre la salud bucodental que tienen las adolescentes del orfanatorio.

## **8. METODOLOGÍA**

### **8.1 MATERIAL Y MÉTODO**

El presente trabajo se realizó en el Orfanatorio para niñas “La Paz” ubicado en Teoloyucan , Estado de México. Ante el cual se presentó una solicitud de permiso a la Directora de este Orfanatorio para poder realizar la investigación. Misma que fue aceptada.

La población de estudio estuvo integrada por 20 mujeres adolescentes de 10 a 17 años.

Se diseñó un programa educativo de salud bucodental, en que se incluyó cuidados y manifestaciones bucales de las enfermedades más frecuentes en adolescentes.

Se aplicó un cuestionario con preguntas relacionadas con los temas de higiene bucal y caries dental para valorar el conocimiento que tenían sobre estos temas.

A los adolescentes se les realizó un control de la placa dentobacteriana y se calculo el Índice de Love para así determinar la condición bucal antes de la intervención.

Posteriormente, se procedió a impartir pláticas sobre Higiene Bucal así como la demostración de técnicas de cepillado.

Por los resultados obtenidos se decidió diseñar un Programa de Salud Bucodental encaminado a modificar los conocimientos sobre salud bucal a estas edades.

## **8.2 TIPO DE ESTUDIO**

Transversal, Descriptivo y Prospectivo.

## **8.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población de estudio estuvo integrada por las adolescentes de 10 a 17 años residentes del Orfanatorio “La Paz” A.C. Teoloyucan, Estado de México.

## **8.4 VARIABLE DE ESTUDIO**

-Variable de lugar: Orfanatorio “La Paz” Teoloyucan, Estado de México

-Variable de tiempo: Septiembre, 2006

### **8.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE**

- Grado de conocimiento sobre Higiene Bucal.

### **8.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE**

- Condición bucal de las adolescentes.

## **8.5 CRITERIOS**

### **8.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Adolescentes de 10 a 17 años
- Sexo femenino
- Residentes del Orfanatorio “La Paz” A.C.
- Personas que deseen participar en el estudio

### **8.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Adolescentes que no vivan en el Orfanatorio “La Paz” A.C.
- Adolescentes que no deseen participar

## **9. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se elaboró un cuestionario para evaluar cada una de las variables de estudio mismas que fueron aplicadas por medio de una entrevista directa. Los resultados obtenidos se realizaron en el programa de Excell.

## **RECURSOS**

### **Humanos**

- Adolescentes del Orfanatorio “La Paz” A.C.
- Una directora
- Una asesora
- Una pasante

- Personal que labora en el Orfanatorio “La Paz” A.C.

## **Materiales**

- Hoja de recolección de datos CPO-D y Love
- Encuestas
- Rotafolio
- 20 espejos bucales.
- 20 exploradores.
- Abatelenguas
- Pastillas reveladoras de placa dentobacteriana
- Guantes
- Cubrebocas
- 20 cepillos dentales
- Pasta dental
- Vasos
- Tipodontos gigantes
- Cepillo gigante
- 20 lápices con decoración
- Bolsas de mano
- Globos
- Antifaces
- Película
- Computadora Lap-Top
- Cámara digital
- Impresora

## **Financieros**

A cargo de la tesista

## **10. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.**

De acuerdo a las necesidades observadas en la preevaluación, se observó que es necesario diseñar e implementar un programa que contenga las características y necesidades específicas para el Orfanatorio “La Paz”.

### **10.1 METAS**

- Elevar un 70% los conocimientos con respecto a la prevención y atención primaria en salud bucal en las adolescentes del Orfanatorio “La Paz”.
- Al aplicar el Programa de Educación para la Salud obtener una disminución en la incidencia de caries y enfermedad periodontal.
- Motivar a las adolescentes que residen en el Orfanatorio “La Paz” a que se interesen por tener un mejor cuidado dental.

### **10.2 ESTRATEGIAS**

- Aplicación de un cuestionario de 15 preguntas relacionadas con los temas que tratará la intervención (5 preguntas de cada tema) lo cual servirá para valorar el grado de conocimiento que poseen las adolescentes del Orfanatorio “La Paz”.
- Revisión bucodental para conocer la condición de higiene bucal por medio de un control de la placa dentobacteriana calculándose por medio del índice de Love. realización de platicas educativas e informativas sobre los temas de caries dental, enfermedad periodontal, higiene bucal, técnicas de cepillado apoyados por carteles, folletos, macromodelos, videos, etc.

- Aplicación del cuestionario y realización de un nuevo control de placa dentobacteriana, con la finalidad de la obtención de dos resultados o evaluaciones de conocimiento e higiene bucal; antes y después de la intervención, de modo que los cambios producidos en éstos sean considerados como el efecto o la consecuencia de las labores educativas con dicho grupo.

### **10.3 LÍMITES.**

#### **10.3.1 DE ESPACIO (GEOGRÁFICO)**

El programa se aplicara en las instalaciones del Orfanatorio “La Paz” ubicado en Teoloyucan Estado de México.

#### **10.3.2 DE TIEMPO CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

El programa se llevara a cabo en sesiones de 2 horas cada una.

#### **10.3.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

La duración del programa será aproximadamente de dos meses.

<b>DURACION</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
1 semana	Trámite para la autorización del programa de salud.
1 día	Presentación con las adolescentes y encargadas del Orfanatorio.
1 día	Aplicación del cuestionario de diagnóstico.

3 días	Levantamiento de los índices CPO-D y Love.
2 días	Evaluación de los índices
1 semana	Inicio del programa
1 semana	Platicas
1 semana	Evaluación de higiene bucal y conocimientos
1 semana	Evaluación final del programa de Educación para la Salud.

## 10.4 UNIVERSOS DE TRABAJO

Adolescentes de 10 a 17 años que residen en el Orfanatorio “La Paz”.

## 10.5 ESPECIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

- Se aplicará un cuestionario de doce preguntas (4 preguntas de cada tema), lo cual servirá para valorar el grado de conocimiento que poseen sobre los temas de caries dental, higiene bucal y enfermedad periodontal.
- Se levantarán los índices epidemiológicos CPO-D y Love con el objetivo de obtener el diagnóstico de salud bucodental.
- Se llevará a cabo un programa de actividades educativas con la participación activa de todas las actividades del estudio de los temas escogidos.
- Se realizarán pláticas de alrededor 15-20 minutos apoyadas con material audiovisual.
- Se mostrarán las técnicas de cepillado e hilo dental apoyadas con macromodelos, tipodontos, carteles, etc.

- Se aplicará un cuestionario de evaluación para conocer los avances que la población obtuvo de acuerdo a los conocimientos sobre higiene bucal, cepillado dental y caries adquiridos previamente.

## **10.6 PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

De acuerdo a las necesidades observadas en preevaluación, se observó que es necesario implementar y diseñar un programa que contenga las características y necesidades específicas para el Orfanatorio “La Paz”.

Contenido Temático. Se abordarán temas relacionados con enfermedades bucales mas frecuentes en las adolescentes así como las medidas higiénicas que deben llevar a cabo.

Metas. Elevar un 70% el nivel de conocimientos sobre salud bucodental.

Estrategias. Se llevarán a cabo pláticas y charlas dinámicas como demostraciones de técnicas de cepillado de manera práctica.

Límites del programa

Espacio. El programa se aplicará en el Orfanatorio “La Paz” ubicado en Teoloyucan, Estado de México.

Tiempo. La investigación se realizará en 4 sesiones de 3 horas cada una.

Universo de Acción. Niñas y adolescentes que residen en el Orfanatorio “La Paz”

#### Especificación de actividades.

1. Se realizará una evaluación previa para verificar los conocimientos que tienen las niñas y adolescentes del Orfanatorio “La Paz”.
2. Se llevarán a cabo ciertas pláticas con apoyo de material didáctico acerca de educación y prevención que deben realizar.
3. Aplicación de cuestionarios sobre las pláticas para observar que tanto comprendieron.
4. Evaluación final del programa.

#### Recursos.

Materiales. Encuestas, rotafolios, macromodelos, etc.

Humanos. Tutor, asesor, tesista.

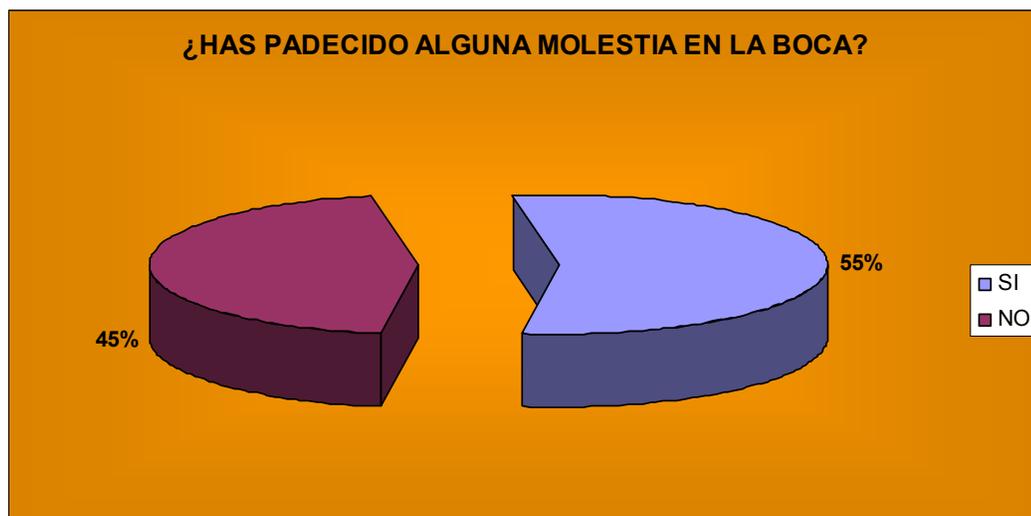
Financieros. A cargo del tesista.

## 11. RESULTADOS

La investigación estuvo conformada por 20 niñas adolescentes de 10 a 17 años.

El 45% de las 20 adolescentes encuestadas menciono que no ha padecido ninguna molestia, y el resto menciona que sí.

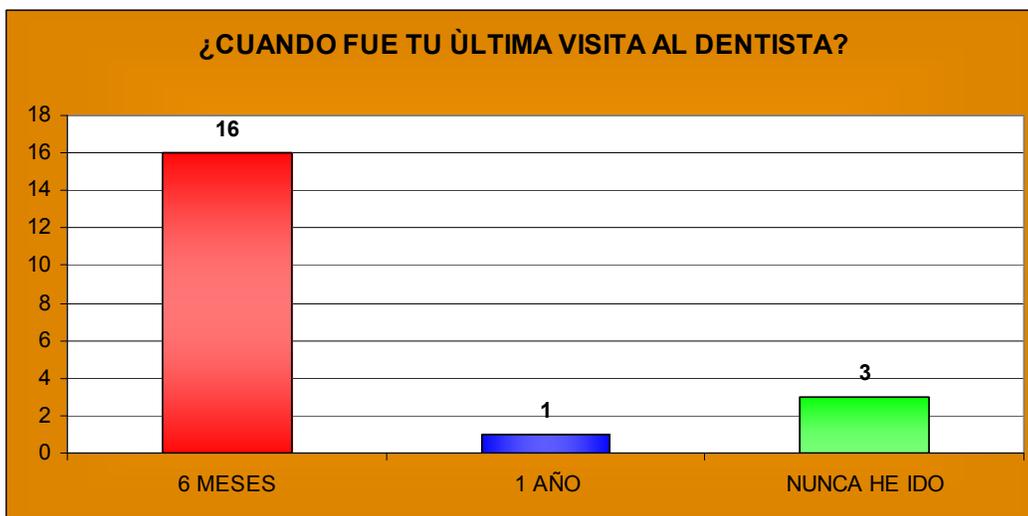
### GRÁFICA 1



Fuente Directa

En la grafica dos se observa que de las 20 adolescentes encuestadas 16 menciono que hace seis meses fue al dentista, una adolescente fue hace un año y las tres restantes nunca han asistido.

### GRÁFICA 2



Fuente Directa

En la grafica tres, de las 20 adolescentes encuestadas, 13 mencionaron que el motivo de la consulta fue por revisión, 2 por dolor, 2 por tratamiento y las 3 restantes nuevamente contestaron que nunca han asistido.

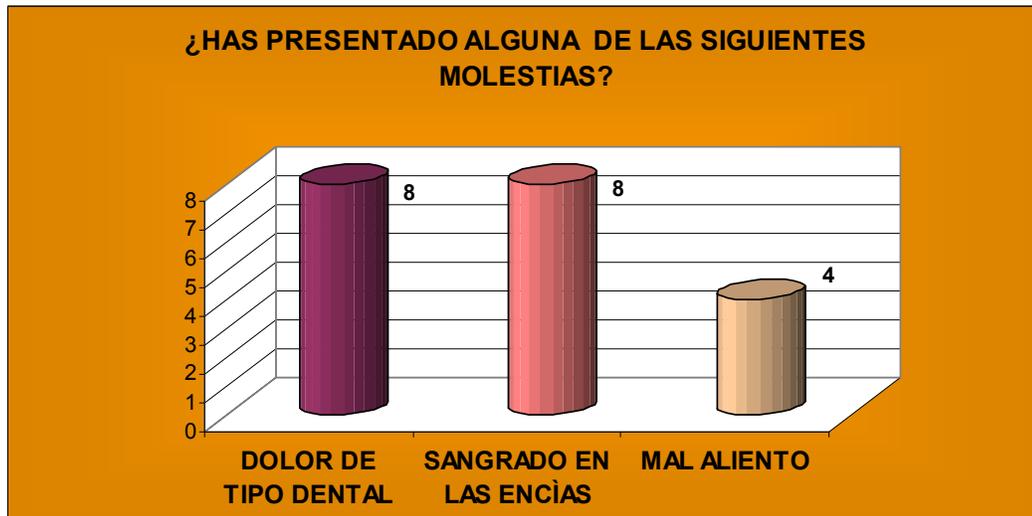
### GRÁFICA 3



Fuente Directa

En esta grafica 8 adolescentes contestaron que han presentado olor de tipo dental, 8 adolescentes contestaron que en algún momento les han sangrado las encías y las 4 restantes han presentado mal aliento.

**GRÁFICA 4**



Fuente Directa

En la grafica 5 de las 20 adolescentes encuestadas 17 mencionaron que si se cepillan los dientes y las 3 restantes mencionaron que no.

**GRÁFICA 5**



Fuente Directa

En la grafica 6, de las 20 adolescentes encuestadas, 9 contestaron que se cepillan 3 veces al día los dientes, 7 de ellas 2 veces al día, 2 una vez al día y 2 de ellas no acostumbran

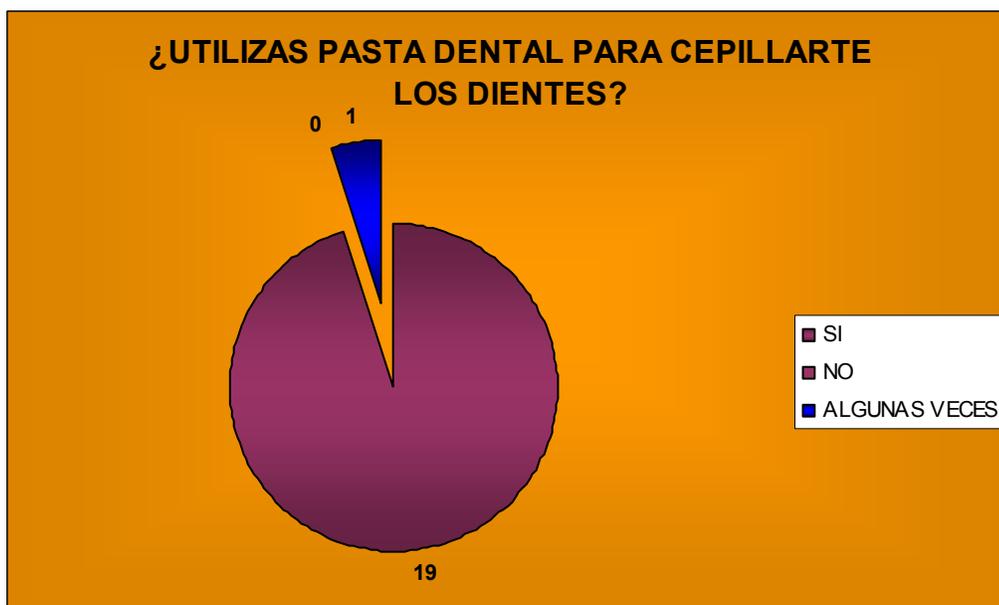
### GRÁFICA 6



Fuente Directa

En esta grafica de las 20 adolescentes encuestadas 19 de ellas contestó que sí y sólo una menciona que no utiliza pasta al cepillarse los dientes.

### GRÁFICA 7



Fuente Directa

En la grafica 8 de las 20 adolescentes encuestadas 15 contestaron que no sabían que era la caries dental y 5 contestaron que sí sabían que era la caries dental.

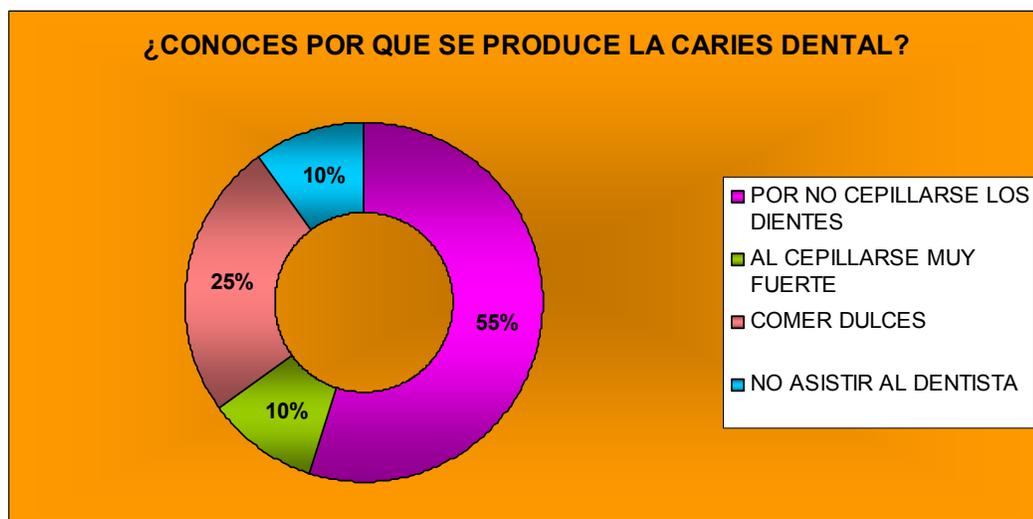
### GRÁFICA 8



Fuente Directa

En la grafica 9, 11 adolescentes mencionaron que la caries se produce por no cepillarse los dientes, 2 de ellas contestaron que por cepillarse muy fuerte, 5 mencionan que por comer dulces y 2 contestaron que por no asistir al dentista.

### GRÁFICA 9

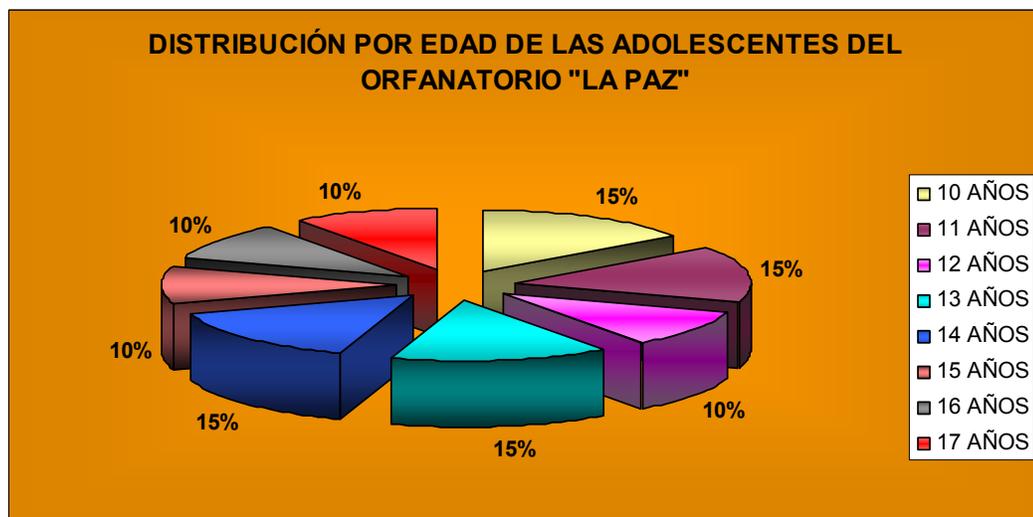


Fuente Directa

\*La pregunta número 10 de la encuesta decía: ¿Te gustaría recibir información acerca del cuidado de los dientes y su prevención?  
El total de las adolescentes respondió afirmativamente\*

En la siguiente grafica podemos observar las diferentes edades de las adolescentes que apoyaron en el estudio y el porcentaje que porcentaje al que pertenece cada una.

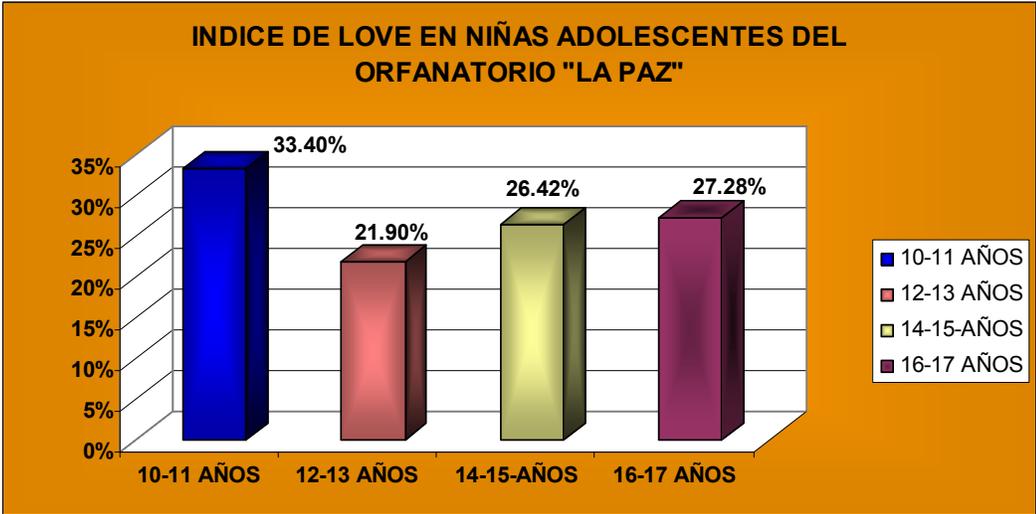
### GRÁFICA 10



Fuente Directa

De acuerdo al Índice de Love las adolescentes presentaron un 35% de placa dentobacteriana, por lo tanto tienen un Índice de Higiene Bucal Regular.

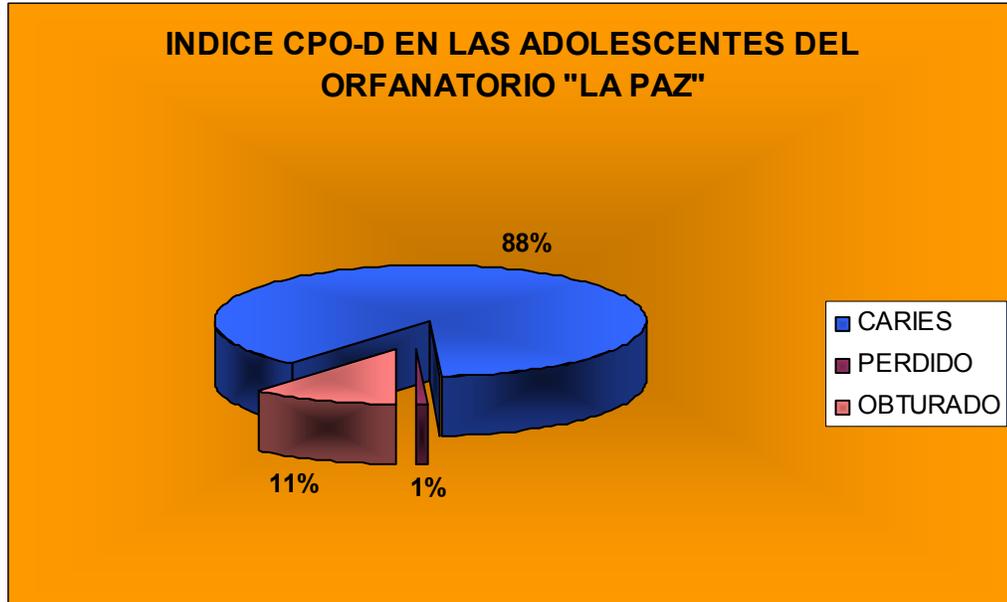
### GRÁFICA 11



Fuente Directa

Una vez obtenidos los resultados del Índice CPO-D en las 20 adolescentes revisadas, se observó que presentan Caries Severa

## GRÁFICA 12



Fuente Directa

---

### Componentes del índice CPO-D

---

Caries 195

Perdido 3

Obturado 4

---

CPO-D 10.1

Fuente directa

---

## CONCLUSIONES

Algunos autores comentan que la adolescencia es una etapa extraordinaria de la vida y donde difícilmente se presenta alguna enfermedad, sin embargo, es en esta etapa donde es necesario reforzar el aprendizaje de la higiene personal y la adecuada alimentación, ya que es aquí donde se consolidan hábitos de vida que conducen al mantenimiento y/o desarrollo de las enfermedades bucodentales de impacto en la salud general de las adolescentes.

Tomando en cuenta las características psicológicas y emocionales de las adolescentes del Orfanatorio “La Paz”, es importante destacar la cooperación de ellas al realizar la presente investigación, el entusiasmo que manifestaron por aprender los hábitos de higiene oral al explicarles los resultados obtenidos al realizar el Índice CPO-D donde presentaron caries “severa” y donde el Índice Love fue “Regular”.

Al analizar los resultados obtenidos se concluye que es necesario sea implementado un Programa de Educación Para la Salud, para prevenir, detectar y rehabilitar la Salud Oral de las adolescentes del Orfanatorio “La Paz”.

Por lo anteriormente expuesto es importante fomentar acciones que conlleven a las adolescentes del Orfanatorio a mantener la fuerza de voluntad y motivación, con una actitud positiva frente al cuidado bucodental.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Zabala Galan, Zuazabal E. Atención Primaria 2002; 29: 213-217
2. Rodríguez C. Delgado M. Revista Cubana de Estomatología. Salud Pública; Programa Nacional de Atención Estomatológica Integrada de la Población, 1995
3. La Fuente PJ, Gómez PF. Estilos de vida determinantes de la Salud Oral en adolescentes. Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunidad
4. Alveza Treviño., Tiberino de Mendoza. Salud Bucodental en Estratos social bajo. Revista Salud Publica y Nutricion. Vol. 6 No.2, Abril-Junio. 2005
5. Greene WH. Educación para la Salud. Edit. Interamericana 1988
6. Piquer y Jover J.J. Causas y remedios del abandono infantil. Revista Bordón, No. 113-114, Enero Febrero tomo XV, 1963: 94
7. Nieves P.M. El niño abandonado, familia, afecto y equilibrio personal; Editorial Trillas, México 1981 reimpresión 1991: 27-42
8. Siguan, M. El internado y su influencia sobre la personalidad. Barcelona, Septiembre 1965
9. Azevedo, M.A. , Guerra, V. Infancia y violencia doméstica. Fronteras do conhecimento. Editora Sao Paulo, Brasil. 1993: 49-79
10. Hobbs, Ch; et al. Child abuse and neglect. a clinician handbook. Churchill Livingstone. Edimburgo, Reino Unido. 1993: 1-8
11. Franco, S., et al. Violencia intrafamiliar. Cotidianidad oculta. Editorial Uryco. Seccional de Salud de Antioquia. Medellín, 1994: 15-26
12. Piquer y Jover J.J. El papel del ambiente del niño son hogar. Revista Pro-infancia y juventud, año XIII, Vol. XII , No. 84: 145

13. Wilkins EM. Clinical. Practice of the Dental Higyenist. Seven edition  
1994: 621-625
14. Jáuregui, Suárez. Promoción de la salud y Prevención de enfermedad.  
Editorial Médica Panamericana, 2edicion. Colombia, Bogota 2004: 347-  
349
15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Situación y  
Perspectiva de la Juventud en América Latina. Costa Rica. 1983
16. Conger John. La psicología y la adolescencia. Editorial Tierra Firme.  
México 1980
17. Suárez Ojeda y Korin, D. Salud y Juventud. Organización Panamericana  
de la Salud. 1983
18. Conger JJ. Adolescent and Youth. Four edition. Harper&Row. New  
York. 1991
19. Aberastury, A., Knobel, M. La adolescencia Normal. 4ª edición. Edit.  
Paidós. Buenos Aires. 1976
20. Dr. Silber J. Tomas, Manual de Medicina de la Adolescencia. 2ª edición.  
Editorial. Organización Panamericana de la Salud. Washington., DC.  
1992
21. Pittman K. Liby M. Challenging assumptions: an advocate guide to  
promoring youth development. Baltimore, MA, International youth  
foundation, 1994
22. Alvarez Alva, Rafael. Salud pública y medicina preventiva. 3ª edición,  
México. Editorial El manual moderno, 2002
23. Pinkham, JR. BS; DDS; MS. Odontología Pedriártica. 2ª edic. México:  
1996:469-501-504
24. Petersen P. The world oral health report 2003: Continuos improvent of  
oral health in thee 21º century- approach of the who global oral health  
programme. Communy Dent Oral Epidemial 2003: 3-5
25. Higashida, Odontología Preventiva, Editorial. McGraw-Hill.  
Interamericana 2004: 117-118, 143-144.

26. Mc Donald, R. Avery D. Odontología Pediátrica y del Adolescente, 6ª edic. Mosby Doyma, S.A: 1995
27. Masso. El manual de Odontología. Barcelona 2002: 73-125.
28. Seif, TR. Col. Cardiología, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Contemporáneo de la Caries Dental. 1ª edición. Caracas Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, S.A; 1997:181
29. Organización Panamericana de la Salud 16 de Julio 1997  
<http://www.paho.org/spanish/gov/cd/doc259.pdf>.
30. Cabrera G. Tascón J. Lucum: D. Creencias en Salud: Historia y Partes del Modelo. Rev. Fac. Salud Publica 2000; 19:91-101
31. Elder J, Ayala. G. Harris S. Theories and Intervention Approches to Health-Behavior Change in Primary Care Am j. Prev Med 1999: 17:275
32. Katz. Odontología Preventiva en Acción. 3ª Edición: Editorial Médica Panamericana; México. 1997
33. Piedrola G. Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública, 4ª Edición. Científicas y Técnicas, Barcelona España, 1991: 1139
34. OMS. Investigación de Salud Oral. Métodos Básicos. Biblioteca Universitaria Básica, Editorial Trillas.
35. Zimbrón. Odontología Preventiva. Conceptos Básicos. 1ª edición. Cuernavaca, 1993
36. Koch, G. Mudder, T. Poulsen, S. Rasmussen, P. Odontopediatría Enfoque Clínico, Buenos Aires Argentina: Editorial Medica Panamerica SA, 1994: 94-95
37. Lindhe, Jan. Periodontología Clínica. tr. Jorge Frydman. Editorial. Medica Panamericana: Buenos Aires. 1992
38. Cuenca E. Manau C. Serra LL. Manual de Odontología Preventiva y Comunitaria. Editorial. Masson S.A: 1991: 14-18
39. A. Van Nieww. Salivary proteins: Protective and Daignostic Value in Cariology. Caries Res. 2004;38: 247-253

40. Dotres C. Sacas E. La Salud Pública en Cuba. Hechos y Cifras. La Habana: Ministerio de salud pública; 1999: 178
41. Laskaris, G.DDS. Patologías de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes. Edit. AMOLCA, 2001: 62-65, 70-71, 108-109
42. Silver, TJ. Munist, MM. Maddalenu, Suárez, Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington, DC. EUA: 1992:587
43. Carranza A. Fermín. Periodontología Clínica. 9ª edición. Editorial Mc Graw- Hill. 66-83
44. Hernán san Martín. Salud y Enfermedad. 8ª edición. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1995:113-115

# ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
XXXVII SEMINARIO DE TITULACIÓN  
ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿HAS PADECIDO ALGUNA MOLESTIA EN LA BOCA?

1. SI                      2. NO

2. ¿CUANDO FUE TU ULTIMA VISITA AL DENTISTA?

1. SEIS MESES    2. UN AÑO    3. NUNCA HE IDO AL DENTISTA

3. ¿CUAL FUE EL MOTIVO DE LA CONSULTA?

1. REVISIÓN                                      2. DOLOR  
3. TRATAMIENTO                                4. NUNCA HE IDO

4. ¿HAS PRESENTADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES MOLESTIA?

1. DOLOR DE TIPO DENTAL  
2. SANGRADO EN LAS ENCÍAS  
3. MAL ALIENTO

5. ¿TE CEPILLAS LOS DIENTES?

1. SI    2. NO

6. ¿CUANTAS VECES TE CEPILLAS LOS DIENTES?

1. 3 VECES AL DÍA    2. 2 VECES AL DÍA  
3. 1 VEZ AL DÍA    4. NO ACOSTUMBRO

7. ¿UTILIZAS PASTA DENTAL PARA CEPILLARTE LOS DIENTES?

1. SI

2. NO

3. ALGUNAS VECES

8. ¿SABES LO QUE ES LA CARIES DENTAL?

1. SI

2. NO

9. ¿CONOCES PORQUE SE PRODUCE LA CARIES DENTAL?

1. POR NO CEPILLARSE LOS DIENTES

2. AL CEPILLARSE MUY FUERTE

3. COMER DULCES

4. NO ASISTIR AL DENTISTA

5. OTRA

10. ¿TE GUSTARÍA RECIBIR INFORMACIÓN ACERCA DEL CUIDADO DE LOS DIENTES Y SU PREVENCIÓN?

1. SI

2. NO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Índice CPOD-ceod**

DIENTE PERMANENTE CORONA	DX
0	SANO
1	CARIADO
2	OBTURADO CON CARIES
3	OBTURADO SIN CARIES
4	PERDIDO POR CARIES
5	PERDIDO POR OTRA CAUSA
6	FISURA OBTURADA
7	SOPORTE DE PUENTE CORONAL
8	DIENTE SIN ERUPCIONAR
9	EXTRACCION INDICADA
99	NO APLICABLE

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65					
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75					

EDAD \_\_\_\_\_ CONTROL \_\_\_\_\_ TOTAL DE DIENTES \_\_\_\_\_  
 TOTAL DE CARAS \_\_\_\_\_ PORCENTAJE \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V						

---

⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8