



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**FACTORES DE RIESGO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
BUCAL EN LAS DIFERENTES ETAPAS DEL
DESARROLLO HUMANO**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

OLGA IRENE SÁNCHEZ LÓPEZ

DIRECTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ
ASESORA: C.D. MARÍA PATRICIA DE LA ASUNCIÓN
HENONÍN PALACIO

V. B. 2
[Firma]

MÉXICO D. F.

MAYO 2006

M 708760



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres.

*Por ayudarme a realizar mis sueños
apoyándome en todos los aspectos de
mi vida desde que nací hasta ahora, por
enseñarme la importancia del conocimiento,
dejándome uno de los legados más importantes
como es la preparación profesional,
alentándome a seguir adelante y depositando
su confianza en mí. Gracias por su amor
incondicional, su dedicación y por estar
conmigo en todo momento.*

A mi hermano.

*Que ha sido mi acompañante, mi amigo
y la razón que me lleva a seguir aprendiendo
cosas nuevas cada día, gracias por tu amor,
apoyo y comprensión que me has brindado.*

A mis familiares.

*Por la confianza que han depositado
en mí y por su apoyo para realizar
las tareas emprendidas.*

A mi novio.

*Por el apoyo que me brindó, la
paciencia y el cariño.*

A mi tutora y a mi asesora.

*Por el tiempo y el apoyo que me
brindaron para la realización
de este trabajo.*

A mis maestros.

*Que fueron componentes esenciales
para mi desarrollo escolar.*

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Sánchez López Olga

FECHA: 6/abr/06

FIRMA: [Firma]

A mis amigos.

*Especialmente a Yazmin, Enrique
y Luis por enseñarme que existe la
verdadera amistad.*

*A las personas que ya no están conmigo
Físicamente, pero que las llevo en mi
corazón y pensamiento.*

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.

PAGINA.

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DESARROLLO HUMANO.....	1
2. PROBLEMAS Y CUIDADOS DURANTE EL DESARROLLO INFANTIL.....	3
2.1. Durante el embarazo.....	3
2.1.1. Características físicas, psicológicas y sociales.....	3
2.1.2. Caries dental.....	5
2.1.3. Enfermedad periodontal.....	6
2.1.4. Pérdida dental.....	7
2.1.5. Cuidados a la madre y al producto durante el embarazo.....	7
2.2. Período de lactancia.....	9
2.2.1. Características físicas, psicológicas y sociales.....	9
2.2.2. Erupción dental.....	11
2.2.3. Caries dental.....	12
2.2.4. Hábitos perniciosos (succión no nutritiva).....	13
2.2.5. Traumatismos.....	14
2.3. Período preescolar.....	16
2.3.1. Características físicas, psicológicas y sociales.....	16
2.3.2. Caries dental.....	18
2.3.3. Traumatismos.....	19
2.3.4. Maloclusión.....	20
2.3.5. Enfermedad periodontal.....	21

2.4. Período escolar.....	24
2.4.1. Características físicas, psicológicas y sociales.....	24
2.4.2. Caries dental.....	26
2.4.3. Traumatismos.....	28
2.4.4. Maloclusión.....	28
2.4.5. Enfermedad periodontal.....	29
3. ADOLESCENCIA.....	32
3.1.1. Características físicas, psicológicas y sociales.....	32
3.1.2. Caries dental.....	34
3.1.3. Enfermedad periodontal.....	36
3.1.4. Traumatismos.....	38
3.1.5. Maloclusión.....	39
3.1.6. Repercusiones en cavidad bucal de la anorexia nerviosa y de la bulimia.....	40
4. PROBLEMAS Y CUIDADOS EN EL ADULTO.....	47
4.1. Juventud.....	47
4.1.1. Características físicas, psicológicas y sociales.....	47
4.1.2. Caries dental.....	51
4.1.3. Enfermedad periodontal.....	52
4.1.4. Traumatismos.....	54
4.1.5. Maloclusión.....	56
4.2. Edad Madura.....	58
4.2.1. Características físicas, psicológicas y sociales.....	58
4.2.2. Caries dental.....	61
4.2.3. Enfermedad periodontal.....	62

4.2.4. Traumatismos.....	62
4.2.5. Maloclusión.....	62
 4.3. Vejez y senectud	 64
4.3.1. Características físicas, psicológicas y sociales.....	64
4.3.2. Caries dental.....	67
4.3.3. Enfermedad periodontal.....	68
4.3.4. Pérdida dental y edentulismo.....	69
4.3.5. Lesiones de tejidos blandos.....	69
4.3.6. Repercusiones de fármacos en cavidad bucal.....	71
 5. CONCLUSIONES	 74
6. FUENTES DE INFORMACIÓN	75

INTRODUCCIÓN.

La salud para todos en el año 2000, es una meta que se propusieron la mayoría de los países del mundo, en un encuentro convocado por la Organización Mundial de la Salud.

A pesar de los esfuerzos que han llevado a cabo algunos países para disminuir las enfermedades, no se ha tenido el éxito deseado, ya que se siguen presentando enfermedades que podrían prevenirse y que son fácilmente curables.

La salud bucal se incluyó en los objetivos por cubrir en el año 2000. Concretamente México se propuso llegar a un índice epidemiológico de 3.2 CPOD para la población de los adolescentes, sin embargo, a pesar de las acciones que se han realizado en los últimos años, no se ha podido cumplir con esta meta, por lo tanto es importante hacer una reflexión en relación a los factores de riesgo que se presentan para alterar la cavidad bucal.

Por lo anteriormente señalado es que en este trabajo se presenta la importancia que tiene la promoción de la salud bucal en los diferentes períodos del desarrollo humano. Los textos seleccionados hacen referencia a las diversas características físicas, psicológicas y sociales en las distintas etapas del ciclo vital.

Algunas acciones de salud bucal se describen, así como los cuidados preventivos que se pueden establecer para cada uno de los grupos de edad existente. La información seleccionada se divide en 8 partes: etapa prenatal, lactancia, preescolar, escolar, adolescente, adulto joven, edad madura y vejez, en cada una de ellas, se señalan las características físicas, sociales y psicológicas de cada etapa, de igual manera se presentan las alteraciones más significativas en la cavidad bucal.

Finalmente, lo que se destaca en este trabajo, es la promoción de la salud, para así poder evitar que se presenten enfermedades y alteraciones involucrando en la salud al propio individuo y a la comunidad.

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DESARROLLO HUMANO.

El estudio del desarrollo humano trata acerca de los cambios que tienen lugar en la vida desde la concepción hasta la edad adulta en relación al cuerpo, la personalidad, la manera de pensar, los sentimientos, la conducta, las relaciones y los roles que se desempeñan en los diferentes períodos de la vida.¹

Además de describir los cambios, es necesario explicar los motivos por los que ocurrieron, así como destacar que papel juegan la herencia y el ambiente en la producción de esos cambios. Una vez que se pueden describir, explicar y predecir los cambios, el último paso consiste en poder influir en ellos, con el fin de mejorar la existencia.

Entre más se conozca sobre como y porqué se crece y se cambia, mayor será la influencia sobre la vida de todos los niños, los adolescentes y en general de todos los grupos etareos.¹



El desarrollo humano es un proceso complejo que generalmente se divide en las siguientes dimensiones básicas:

DESARROLLO FÍSICO	DESARROLLO PSICOLÓGICO	DESARROLLO SOCIAL.
Incluye las bases genéticas del desarrollo : el crecimiento físico de todos los componentes del cuerpo, los cambios en el desarrollo motor, los sentidos y los sistemas corporales, se relaciona además con temas como el cuidado de la salud, la nutrición, el sueño, el abuso de drogas y el funcionamiento sexual.	Desarrollo cognoscitivo: incluye todos los cambios en los procesos intelectuales del pensamiento, el aprendizaje, el recuerdo, los juicios, la solución de problemas y la comunicación. Es importante destacar la influencia tanto hereditaria como ambiental en el proceso de desarrollo. Desarrollo emocional: se refiere al desarrollo de la confianza, la seguridad, el amor, el afecto y una variedad de emociones, sentimientos y temperamentos. Incluye el desarrollo del concepto de uno mismo y de la autonomía así como de un análisis del estrés, las perturbaciones emocionales y la conducta de representación.	Hace hincapié en el proceso de socialización, el desarrollo moral, las relaciones con los padres y los miembros de la familia. Interfiere en el matrimonio, la paternidad, el trabajo, así como roles vocacionales, y el empleo entre otros.

2. PROBLEMAS Y CUIDADOS DURANTE EL DESARROLLO INFANTIL.

2.1. Durante el embarazo.

El embarazo es el estado de tener un embrión o feto en desarrollo en el cuerpo, después de la unión de un óvulo y un espermatozoide,² es un proceso biológico que tiene importantes repercusiones en la esfera emocional del individuo y la pareja, es una etapa importante en la vida de toda mujer, considerada sobre todo en países latinoamericanos como la culminación psicosexual femenina (Fig.1).³

Etapa prenatal.

El período prenatal comprende el proceso de desarrollo que tiene lugar entre la concepción y el nacimiento, tiempo en que el organismo humano crece de una célula fertilizada a miles de millones de células.¹

2.1.1. Características físicas, psicológicas y sociales.

Características físicas.

El organismo materno durante el embarazo realiza adaptaciones fisiológicas que se deben tomar en cuenta para la atención odontológica.

- Hay un aumento en la producción de hormonas maternas y un inicio de la producción de hormonas placentarias.
- En el primer trimestre, las alteraciones fisiológicas más frecuentes son la fatiga acompañada de náuseas y vómitos, así como una tendencia hacia la hipotensión postural.

- En el segundo trimestre hay mejoría o desaparición de los primeros síntomas.
- En el tercer trimestre se incrementa la fatiga, la incomodidad y se observa en algunas personas una moderada depresión emocional.
- Se presentan cambios a nivel cardiovascular: como un ligero decremento en la presión sanguínea, especialmente la diastólica. Hacia la etapa final del embarazo suele presentarse el síndrome de hipotensión supina, el cual está caracterizado por una abrupta caída en la presión sanguínea. Por lo tanto en los tratamientos dentales se debe colocar a la paciente sobre su costado izquierdo, lo cual libera la presión uterina a la vena cava y se restablece la normalidad.³.

Características psicológicas y sociales.

El embarazo está considerado sobre todo en países latinoamericanos como la culminación del desarrollo psicosexual femenino.

La paciente embarazada se encuentra susceptible emocionalmente y está alerta a todas las señales que los médicos, odontólogos y enfermeras le envían con relación a su embarazo.

Es probable que la paciente comente alguna inquietud acerca del curso de su embarazo con el Cirujano Dentista, éste debe ser honesto en relación a los conocimientos que tiene y que comparte con la embarazada, no debe desorientar a la misma, omitiendo o informando erróneamente.

Por lo general la consulta dental es generadora de tensión en todas las pacientes, de ahí la importancia de la comunicación que se establezca con la embarazada, para lo cual se deben emplear técnicas de relajación como la musicoterapia, para hacer más agradable su estancia en la consulta dental.

Es frecuente que las embarazadas compartan sus problemas y/o ansiedades con el odontólogo, en estos casos se debe tomar en cuenta una actitud de apoyo, pero sin involucrarse directamente ni emitir juicios de valor personal

para la resolución de dichos conflictos, de encontrarse algún problema serio en la esfera emocional, se debe de canalizar con el especialista de la salud mental para su manejo.³

Manifestaciones bucales más frecuentes.

2.1.2. Caries.

Con frecuencia la mujer embarazada está en riesgo considerable de desarrollar caries.

El incremento de la actividad cariosa debe ser atribuido a:

- Una inadecuada e inexistente higiene bucal, debido a las náuseas causadas por la introducción del cepillo a la cavidad bucal o puede ser por un dentífrico espumoso.
- Una dieta inadecuada y rica en carbohidratos. (Fig.2)
- La madre con frecuencia presenta náuseas o "mareo matutino" que producen vómito con regurgitación del ácido estomacal, y éste puede producir erosión y desmineralización de la superficie lingual de los dientes.

Se debe evitar la comida chatarra, así como los bocadillos, de igual manera se debe restringir el azúcar.^{3,4}

Si la madre vive en una región sin agua fluorada, deben considerarse los complementos de flúor. Existen informes que indican una disminución en la prevalencia de caries en los niños nacidos de madres que ingieren fluoruro. La aplicación tópica profesional de fluoruro y el complemento sistémico pueden ser benéficos, independientemente del empleo doméstico diario de dentífrico y enjuagues bucales fluorados, estas medidas pueden evitar la

desmineralización de los dientes, facilitando su remineralización, incluso cuando se desarrolla una lesión incipiente.^{3,4}

2.1.3. Enfermedad periodontal.

La inflamación gingival se presenta y agrava con frecuencia durante la gestación, a este tipo de alteración se le conoce como gingivitis gestacional, la inflamación de la encía de la gestante tiene su origen en irritantes locales. Se ha señalado que existe un aumento de microorganismos anaerobios del tipo *Fusobacterium* y *Bacteroides Melanicogenicus*, que favorecen la implantación de la enfermedad.³

La llamada "gingivitis del embarazo" se inicia en la encía marginal e interdental hacia el segundo mes aproximadamente, en algunos casos es posible detectarla desde que inicia el embarazo, dicha condición progresa y conduce a la presencia de papilas interproximales de aspecto rojo encendido, edematosas y dolorosas a la palpación.³

Manejo preventivo.

- Eliminar los irritantes locales que pudieran causar inflamación gingival.
- Instruir y motivar a la paciente en el control de placa dentobacteriana; en algunos casos en especial en la gestante con gingivitis ligera.³

Granuloma gravídico.

Esta entidad se presenta en cerca del 1% de las embarazadas y se origina de una respuesta hiperplásica fibrovascular agregada y se conoce con diversos nombres tales como "granuloma piógeno" "tumor del embarazo", "épulis del embarazo", entre otros; cuya localización más frecuente es la porción labial de las papilas interdentes. Se trata de una lesión de aspecto

tumoral, generalmente asintomática, sangrante al menor traumatismo, de superficie lobulada y color que va del rosa al rojo intenso simultáneamente. Habiendo iniciado su aparición comúnmente hacia el segundo mes del embarazo, continua presente hasta después del parto, si las condiciones prevalecen es necesaria la cirugía. En algunos casos, especialmente si la lesión es pequeña, suele desaparecer si se provee a la paciente de los cuidados higiénicos necesarios así como el control personal de placa y la eliminación de sarro (Fig.3).³

2.1.4. Perdida dental.

La idea de que cada embarazo cuesta un diente, es solo un mito, si consideramos que el calcio requerido por el feto para la mineralización de sus dientes, es tomado del torrente circulatorio, no de los dientes de la embarazada.²

2.1.5. Cuidados a la madre y el producto durante el embarazo.

Es de suma importancia que la gestante visite al odontólogo para que éste le de información necesaria sobre los cuidados que debe tener en la cavidad bucal, puesto que es frecuente que ellas atribuyan sus problemas dentales al embarazo, este concepto es erróneo ya que sólo se agravan los problemas existentes.^{3,4}

Es fundamental la nutrición apropiada en el embarazo, se debe llevar a cabo una dieta diaria equilibrada de: proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales.^{4,5}

El momento ideal para cualquier procedimiento dental necesario es entre el cuarto y sexto mes del embarazo, para evitar cualquier cosa que pudiera alterar el desarrollo fetal. En el último trimestre frecuentemente se evitan estos procedimientos porque puede resultar incomodo para la paciente, permanecer sentada durante periodos prolongados.⁵

Ante cualquier emergencia que requiera anestesia o medicación, se debe consultar siempre al obstetra.^{4,5,6}

Siempre que sea posible debe evitarse las radiografías durante el primer trimestre del embarazo. Si éstas son muy necesarias, se debe de usar un mandil de plomo.^{3,4}

Para estimular la atención bucal oportuna, se puede llevar a cabo un programa que deberá estar constituido por una fase teórica que contendrá información sobre:

- Caries dental y embarazo.
- Enfermedad periodontal durante el embarazo.
- Medidas preventivas de enfermedad bucal aplicables durante esta etapa.

La fase práctica deberá incluir el adiestramiento sobre técnicas de control personal de placa dentobacteriana, práctica que se realizará individualmente con cada paciente.³

EMBARAZO.



Fig 1.

Fuente: www.panamel.com/images



Figura 2.

Fuente: www.panamel.com/images.



Figura 3.

Fuente: Patología oral y maxilofacial. Saap J.

2.2. Período de lactancia.

Se extiende: Desde el nacimiento hasta el segundo año de vida (Fig. 4).¹

Es un período de cambios increíbles en el que se desarrollan la capacidad y la coordinación motora del niño, así como sus capacidades sensoriales y de lenguaje. En esta etapa el niño se apega a los miembros de la familia y a otras personas que lo atienden, aprende a confiar o a desconfiar, y a expresar o a reprimir amor o afecto. Aprende a expresar sentimientos y emociones básicas y desarrolla cierta independencia y sentido de sí mismo. Ya en esta etapa los niños manifiestan considerables diferencias de personalidad y temperamento.¹

2.2.1. Características físicas psicológicas y sociales.

Características físicas.

En el primer año de vida la mayoría de los niños presenta un incremento del 50% en la estatura y un aumento de casi 200 gramos en el peso. Hacia el final del primer año, el índice de crecimiento se hace más lento, después continúa muy estable.

Antes de los tres años de edad, no existe un factor específico para anticipar la estatura final del niño, no obstante, a los tres años de edad, son bastante sólidas las correlaciones entre la estatura y el peso del niño en la madurez. El proceso mediante el cual un recién nacido cambia para convertirse en adulto es de elongación, las piernas en un principio más cortas que el tronco, se alargan, así mismo, la longitud del tronco infantil en comparación con el ancho, se vuelve mayor de manera considerable.

Conforme el cuerpo cambia y madura, el lactante, cuenta con acciones locomotoras y posturales cada vez más complejas.⁷

Alrededor de los dos años de edad, el niño presenta la capacidad motora general para correr, trepar, subir, bajar escalones y patear una pelota. Sus habilidades motoras finas le permiten apilar dados, efectuar trazos paralelos con crayolas y cambiar una a la vez, las páginas de un libro.

El sistema nervioso del niño crece con rapidez del nacimiento hasta los tres años de edad, al terminar el segundo año de vida el cerebro infantil alcanza 75% de su peso adulto.^{7.}

Características psicológicas.

En esta etapa el niño aprende a confiar o a desconfiar, y a expresar o reprimir amor y afecto. Aprende a expresar sentimientos y emociones básicas y desarrolla cierta independencia y sentido de si mismo. Ya en esta etapa los niños manifiestan considerables diferencias de personalidad y temperamento.

Conforme el niño se aproxima a su primer año, la tristeza por la separación de los padres, la felicidad por la reunión y los celos con los compañeros o hermanos se convierten en hallazgos confiables.

Los temores del recién nacido y aquellos que ocurren en la infancia son de interés para el cirujano dentista ya que es necesario considerarlos para formular una estrategia adecuada para tratar al niño.

En relación a la consulta dental es importante evitar situaciones de sobresalto, por ejemplo informarles sobre el uso de las piezas de alta y de baja, generalmente en esta etapa (1 año) el niño entra acompañado de la madre.

El temor a los extraños es un hallazgo casi universal, después de los siete a doce meses de edad, aunque la intensidad varía de un niño a otro, otro miedo que se presenta es el temor ante la separación de los padres: Comienza alrededor de los seis meses de edad, alcanza su máxima expresión entre los trece a dieciocho meses y luego declina.^{7.}

Características sociales.

En los primeros doce meses de vida el niño depende completamente de sus padres en este momento son muy importantes los cuidados maternos, el niño no muestra una diferenciación entre las personas.

La acción no refleja de sonreír, acontece entre los dos y tres meses de edad y representa la primera conducta social importante aparte del llanto.

Según investigaciones los niños que reciben cuidados tempranos de alta calidad en guarderías no sufren consecuencias sociales de desarrollo en comparación con niños cuidados en casa sólo por sus madres.

En el segundo año de vida, el surgimiento de las habilidades fonéticas le permite aprender y relacionarse con la familia, comienza a surgir una necesidad de probar la independencia. En esta edad la observación de patrones de conducta se torna relevante y perdura así por los años venideros.

Los niños de uno y dos años de edad no cuentan con controles internos y a menudo los berrinches son normales, en este caso es mejor no prestarles atención, el castigo físico está contraindicado y puede hacer que, en el niño que se porta mal se acentúe este comportamiento.⁷

Manifestaciones bucales más frecuentes.

2.2.2. Erupción dental.

A menudo los dientes temporales erupcionan sin causar ningún síntoma, sin embargo en algunos niños, se observa antes de la erupción dental: tumor y rubor en la mucosa oral que recubre al diente por erupcionar (Fig. 5).

La inflamación aguda local de la encía por la erupción dental puede tornar irritable al niño provocando agitación, inquietud e insomnio.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que no existe asociación absoluta entre erupción dentaria y alteración del estado general del niño.⁸

2.2.3. Caries dental.

La mayor posibilidad para la transmisión de *S. mutans* al lactante, ocurre en el primer año de vida, una vez que erupcionan los dientes. Si el lactante tiene una dieta abundante en sacarosa cuando hay *S. mutans*, se dan las condiciones favorables para el inicio de la caries.⁴

En algunos casos las madres contagian por medio de saliva el *S. mutans* probando los alimentos de los lactantes.⁴

El inicio temprano de medidas de higiene oral y una dieta poco cariogena así como los patrones de alimentación de poco riesgo deben iniciarse en la lactancia.

Uno de los primeros riesgos importantes para la dentición primaria del niño es la caries dental por alimentación de la infancia temprana, ésta afecta inicialmente los incisivos maxilares primarios y progresa a los primeros molares primarios (Fig. 6). Esto se debe a la exposición continua y prolongada de los dientes primarios en contacto con los residuos alimenticios como: la fórmula láctea, jugos de frutas, bebidas gaseosas u otros líquidos con azúcar o carbohidratos en el biberón (Fig. 7).⁴

Algunos autores afirman que, la caries de la infancia temprana también puede presentarse en algunos niños alimentados al pecho que se alimentan con el criterio de libre demanda (Fig. 8).⁴

La prevención primaria temprana proporciona el ambiente apropiado para la prevención de la caries dental. El plan preventivo que deben seguir los padres para con los lactantes, abarca muchos aspectos: como son: regulación dietética, eliminación de la placa bacteriana por medio del cepillado, masaje de las encías y acudir con el cirujano dentista de manera periódica.^{4,7}

Estrategias que deben seguir los padres:

- No dar biberón después del año.
- Coadyuvar en las técnicas de cepillado recomendadas a sus hijos.
- Limpiar la encía y el paladar del recién nacido con una almohadilla de gasa húmeda (Fig. 9).
- El cepillo recomendado en esta etapa es de cerdas blandas, el lactante en esta época puede oponerse al cepillado por lo cual los padres, deben ser persistentes y tornar una experiencia agradable.
- Aunque los niños de dos años suelen mostrar inclinación a limpiarse los dientes sin ayuda, es importante tener en cuenta que su desarrollo motor fino es deficiente, por lo que siempre debe haber supervisión de los padres.
- En los lactantes, la cantidad de pasta dentífrica que se emplee debe ser mínima (tamaño de un chícharo).

2.2.4. Hábitos perniciosos (succión no nutritiva)

La succión no nutritiva consiste en que el lactante se chupe el dedo, un chupete u otros objetos (Fig. 10).

Se considera parte normal del desarrollo fetal y neonatal, guarda relación estrecha con dos reflejos presentes al nacimiento.

- 1) El de búsqueda, es el movimiento de la cabeza y lengua hacia un objeto que toca la mejilla del lactante, que usualmente es el pecho materno pero también puede ser un dedo o chupete.
Este reflejo desaparece hasta los siete meses.
- 2) El de succión hace que salga leche de los pezones y se preserva hasta el año.

Los niños con frecuencia combinan un hábito no nutritivo con otra actividad repetitiva, por ejemplo quizá se chupen el pulgar al tiempo que sujetan su frazada personal.

Los efectos de la succión no nutritiva en la dentición en desarrollo, son mínimos en niños de hasta tres años, y se suelen limitar a cambios en la posición de los incisivos.

Las medidas activas para desalentar la succión no nutritiva están contraindicadas en este grupo de edad (tratamientos ortodóncicos).⁷

2.2.5. Traumatismos.

Los accidentes son siempre dramáticos para los afectados. Los niños accidentados siempre deben ser tratados con la mayor rapidez posible.

Los accidentes en la dentición temporal suceden sobre todo en el segundo y tercer año de vida, y la mayoría de lesiones dentarias son consecuencia de una caída en casa o en un lugar próximo. Los niños pequeños están especialmente en peligro, ya que aprenden a caminar y comienzan a explorar su ambiente.

Los dientes más afectados son principalmente los incisivos por su posición anterior y son más frecuentes las luxaciones que las fracturas dentarias

(Fig.11).⁹

PERÍODO DE LACTANCIA.



Fig. 4.

Fuente: www.clinicadentalintegral.com.sv.



Fig. 5.

Fuente: Odontología para el Bebe. Figueiredo L.



Fig. 6.

Fuente: Odontología para el Bebe. Figueiredo L.



Fig. 7.

Fuente: www.clinicadentalintegral.com.sv



Fig. 8.

Fuente: Odontología para el Bebe. Figueiredo L.



Fig. 9.

Fuente: Odontología para el Bebe. Figueiredo L.



Fig. 10.

Fuente: www.clinicadentalintegral.com.sv



Fig. 11.

Fuente: Manual de Odontología pediátrica. Angus.

2.3. Período preescolar.

Comprende de los 3 a los 5 años de edad.

Durante los años preescolares de la niñez temprana, los niños continúan su rápido crecimiento físico, cognoscitivo y lingüístico. Ahora pueden cuidarse mejor, empiezan a desarrollar un auto concepto así como identidad, adquieren roles de géneros y se muestran interesados en jugar con otros niños (Fig. 12).¹

2.3.1. Características físicas, psicológicas y sociales.

Características físicas.

Los varones son un poco más altos y pesados que las mujeres durante este período. En esta etapa, la cabeza crece con lentitud, mientras las extremidades lo hacen con gran rapidez y el tronco, con rapidez intermedia. El abdomen protuberante de los niños de 2 años desaparece poco a poco entre los 3 y 4 años.

Tanto la frecuencia cardíaca como la respiratoria se desaceleran, mientras la presión sanguínea aumenta, después de los 4 años se acelera el crecimiento de la masa muscular, de manera que casi 75% del peso que adquiere el niño durante el quinto año resulta de la mayor masa muscular.

En el período preescolar se vuelve evidente cuáles niños tendrán habilidades atléticas naturales y cuáles no.

En esta etapa el cartílago es sustituido por tejido óseo y todos los huesos se calcifican y endurecen, la cara se vuelve más grande, ancha, larga y detallada, en contraste con los neonatos.^{7.}

Características psicológicas.

En esta etapa la capacidad de razonamiento de los niños aumenta de manera considerable, adquiere la capacidad para el pensamiento simbólico y la representación de imágenes en la mente. Hacia fines de este período el niño adquiere habilidades de lectura y escritura.

La separación respecto de sus padres y nuevas experiencias disminuyen hacia el tercer año hasta el punto que pueden enfrentar nuevas situaciones sociales sin consecuencias emocionales. El proceso de autocontrol y de control de las emociones como la frustración y el miedo, se desarrollan durante esta etapa.

Durante estos años, emerge el sentido de identidad sexual del niño, que adopta hasta cierto grado cualidades femeninas o masculinas.

A finales de esta etapa los niños ya son capaces de sentir amistad y hostilidad, expresar la agresión y experimentar culpa y ansiedad. Son personas susceptibles a las alabanzas y a quienes también se puede lastimar en sus sentimientos.^{7.}

Características sociales.

La edad preescolar es de enorme crecimiento social en los niños. A los cuatro años se vuelve posible el juego en cooperación, y a fines de la etapa ya son capaces de juegos de equipo sencillos. En este período el niño adquiere comprensión de su identidad personal y la manera en que tiene que relacionarse con otras personas, como sus padres, hermanos, amigos y figuras de autoridad.

Las transformaciones sociales de los preescolares son indicio de un campo irreversible de su vida.

La calidad de la relación padre – hijo es importante en el proceso de socialización que tiene lugar en este período.

Pero también se puede afirmar que medios de comunicación masiva, aportan información que estereotipa la conducta de los niños y que tales medios tienen mayor influencia que los padres en algunas situaciones.⁷

Manifestaciones bucales más frecuentes.

2.3.2. Caries dental.

Es habitual que el primer examen odontológico se practique durante este período, con instrucciones sobre la técnica correcta de higiene bucal.

Las características negativas con respecto a los factores cariogénicos durante este período son:

- El manejo y control de la dieta logrado durante los primeros años puede verse afectado, ya que cada vez es más frecuente que ambos padres trabajen y los preescolares asistan a guarderías, escuelas o pasan todo el día con los abuelos, de modo que tienen contacto con ambientes, alimentos y modos de manejo dietético diferentes.
- Los efectos de los comerciales de televisión, radio y prensa empiezan a ejercer su efecto, los niños prefieren los productos alimenticios que ven o escuchan en los anuncios (Fig. 13).
- El consumo de bocadillos de los preescolares aumenta por su propensión a abandonar la siesta matutina o vespertina y tener más tiempo libre.
- Al final del día el preescolar desea ver más tiempo la televisión y esto provoca que el régimen diario de higiene bucal supervisada se sustituya con un cepillado no supervisado de 30 segundos.

Es afortunado que los preescolares sean muy impresionables y sujetos a influencia considerable de lo que viven en la familia. Por lo tanto, las comidas

son “horas de clase” importante para que aprendan y observen los hábitos alimentarios de los hermanos mayores y padres.

En esta etapa, los padres suponen que la coordinación motora de su hijo ha progresado hasta el punto en que la manipulación del cepillo e hilos dentales está a su alcance. Sin embargo esta es una actividad motora fina que muchos niños de 3 – 6 años no pueden realizar por completo sin ayuda.

Un método importante para la prevención de caries son las aplicaciones de fluoruro, las cuales tienen una función importante en esta etapa. Aunque la capacidad del niño para emplear pastas dentífricas con fluoruro aumenta en esta etapa, se debe restringir la cantidad que se emplea en cada cepillado. La aplicación tópica que no se recomienda en los miembros más jóvenes de este grupo de edad son los enjuagues bucales de fluoruros, ya que muchos preescolares no pueden evitar su deglución.

En un consultorio dental, los productos más empleados por el odontólogo son el fluoruro de fosfato acidulado y el fluoruro de sodio, su presentación es en solución o en gel, sus aplicaciones son semestrales en moldes de poliestireno desechables.^{7.}

Otro método importante para proteger de la caries a las superficies oclusales de los dientes, son los selladores de fosetas y fisuras, los cuales se aplican en el consultorio dental. Entre los 3 y 4 años de edad es el período más importante para el sellado de los dientes temporales (Fig. 14).^{4.}

2.3.3. Traumatismos.

Frecuencia.

- 30% de los niños sufre traumatismos en la dentición primaria.
- La proporción es de 2 niños por 1 niña.
- La mayor incidencia es a los 2 – 4 años.
- Normalmente se afecta un solo diente, excepto en accidentes de tráfico y lesiones deportivas.^{10.}

2.3.4. Maloclusión.

La presencia de un hábito bucal en el niño en edad preescolar ya no se considera normal y puede ocasionar maloclusiones.

Si el hábito ocasiona movimiento de los incisivos primarios, se indica efectuar alguna forma de intervención antes de que erupcionen los permanentes. Sino ocurren cambios dentales, no se aconseja terapéutica alguna con base en la salud dentaria.

Para que cualquier tratamiento tenga buen éxito, el aspecto más importante por recordar es que el niño realmente quiera abandonar el hábito.

Hábitos con los dedos pulgar e índice(Fig. 15).

Un hábito digital puede causar diversos cambios dentales, los signos clásicos de un hábito activo son:

- Mordida abierta anterior.
- Movimiento vestibular de los incisivos superiores y desplazamiento lingual de los inferiores.
- Constricción maxilar.

El tratamiento oportuno es un factor importante, se aconsejan tres métodos:

El primero, terapéutica de recuerdo, para quienes desean suspender la costumbre, pero necesitan ayuda para interrumpirla.

Una banda adhesiva pegada alrededor del dedo causal puede funcionar como recordatorio.

Un segundo recurso, es mediante un sistema de recompensa: se establece un convenio entre el niño y sus padres.

Si el hábito aún perdura y el niño en verdad desea eliminarlo, es necesario iniciar un tratamiento con aparatos.

Hábitos con chupón.

Los cambios dentarios que se ocasionan son similares a los producidos por hábitos digitales. En los niños que usan chupón, se observa mordidas abiertas anteriores y constricción maxilar. El movimiento vestibulolingual de los incisivos puede no ser tan pronunciado como en el caso anterior, aunque se presenta con frecuencia.

Hábitos labiales.

La observación más frecuente en la succión labial es un labio inferior remetido por detrás de los incisivos superiores (Fig. 16). Esto produce una fuerza con dirección lingual sobre los dientes inferiores y otra vestibular sobre los superiores. Lo anterior ocasiona inclinación vestibular de los incisivos superiores, retroinclinación de los inferiores y aumento en la severidad de la sobremordida horizontal.

Proyección lingual y hábitos de respiración bucal.

Hay indicios de una posible relación entre respiración bucal y maloclusiones caracterizadas por una porción facial inferior larga y constricción maxilar. Sin embargo debe citarse que este vínculo es muy débil (Fig 17). En lo que se refiere a proyección lingual, puede causar mordida abierta (Fig 18).

Bruxismo.

Es un rechinamiento de los dientes, que a menudo se da en las noches, no obstante algunos niños los rechinan en el día. Una teoría lo define como una reacción ante una restauración alta o un estado dental molesto.^{7.}

2.3.5. Enfermedad periodontal.

Por lo general el periodonto del preescolar se caracteriza por estar sano, con patología limitada a la gingivitis marginal.^{7.}

Sería inexacto afirmar que no hay presencia de gingivitis ni acúmulo de cálculos, pues muchos niños sí las experimentan.⁷

El objetivo de la salud periodontal, no es prevenir la destrucción del tejido, sino conservar sanos los tejidos bucales de soporte, establecer un ambiente con poca placa, microflora normal y proveer al paciente aspecto agradable, así como una higiene personal adecuada.

Es posible resumir del siguiente modo, el conocimiento de la gingivitis en el preescolar:

- 1- Los niños padecen gingivitis en grados diversos.
- 2- La gingivitis, aunque usual, no parece tener efectos irreversibles sobre el periodonto primario.
- 3- En los niños, la gingivitis es, en gran parte reversible.
- 4- La gingivitis no parece ocurrir con la misma intensidad que en el adulto.

Gingivitis.

Aparece primero como inflamación del margen gingival que progresa hacia la encía libre y, en ocasiones hasta la insertada (Fig.19). En muchos casos, la inflamación se limita a la encía libre, a pesar de acumulaciones grandes de placa. Conforme empeora la situación, el tejido gingival se enrojece, se inflama y sangra al sondearlo o con el cepillo dental (Fig.20).

Es posible que la gingivitis se vincule con caries extensa y restauraciones deficientes.

Los traumatismos y afecciones pulpares también involucran inflamación gingival, como la gingivitis pocas veces progresa a periodontitis en el preescolar, la pérdida ósea rara vez se registra, excepto en casos de enfermedad sistémica o por su tratamiento.⁷

PERÍODO PREESCOLAR.



Figura 12.
Fuente: directa.



Figura 13.
Fuente: directa.



Figura 14.
Fuente: Odontología pediátrica. Escobar F.



Figura 15.
Fuente: Vellini F. Ortodoncia: Diagnóstico y planificación clínica.



Figura 16.
Fuente: Odontología pediátrica. Escobar F.



Figura 17.



Figura 18.
Fuente: Odontología pediátrica. Escobar F.



Figura 19.



Figura 20.
Fuente: Odontología pediátrica. Escobar F.

2.4. Período escolar.

Comprende de los 6 a los 11 años de edad.

Durante la niñez intermedia, los niños hacen avances notables en su habilidad para la lectura, la escritura y la aritmética; para comprender su mundo y para pensar de manera lógica. El logro académico adquiere una importancia vital, lo mismo que un ajuste exitoso con los padres, la calidad de las relaciones familiares sigue ejerciendo una gran influencia sobre el ajuste emocional y social (Fig.21).¹

2.4.1. Características físicas, psicológicas y sociales.

Características físicas.

A los seis años, las proporciones corporales del niño son ya muy parecidas a las que tendrá en la edad adulta. El cambio proporcional más importante resulta del alargamiento de las extremidades. Los varones tienen estatura un poco mayor que las mujeres, hasta los diez años. Desde esta edad hasta los 15 años, la situación se invierte. En lo que se refiere al peso, es levemente mayor en varones hasta los 11 años, edad a partir de la cual las mujeres los aventajan durante un breve lapso.

Otros cambios del crecimiento y desarrollo son los incrementos de la presión sanguínea, disminución continua de la frecuencia del pulso, mineralización del esqueleto y aumento de la masa muscular, el desarrollo de los tejidos linfáticos alcanza el máximo durante estos años, hasta el punto de que su masa es mayor que en la edad adulta.^{7.}

Características psicológicas.

En esta etapa su capacidad mental crece de manera inconmensurable, la capacidad de concentración después de los siete años es mucho mayor que antes de los cinco años, es el período en que los niños dejan de ser analfabetos.

Al término de este período, su mente y habilidad mental han madurado y pueden asimilar información acerca de la realidad, la edad escolar es la aceptación de las normas sociales de conducta por el niño, el llanto, berrinche y otras expresiones de conducta desaparecen en niños normales, en los escolares disminuye con rapidez la necesidad de que los adultos guíen su atención.

En este período la imagen corporal empieza a convertirse en una característica emocional de la vida del niño, el aspecto externo adquiere importancia emocional durante estos años, pueden presentar intereses por su apariencia física, incluyendo una agradable sonrisa. La mayor parte de los niños en ésta etapa deriva satisfacción emocional sólo con la aceptación social de otros de su misma edad, Durante esta etapa, es importante que el niño adquiera flexibilidad emocional con la ayuda de sus padres, maestros y otros modelos sociales. La capacidad para manejar las humillaciones, frustración, pérdida, desaliento, y recuperarse de éstas, debe al menos iniciarse durante esta etapa, de lo contrario, la adolescencia se torna un período muy difícil.^{7.}

Características sociales.

Este período es socialmente complejo a causa de la asistencia a la escuela y expansión considerable del entorno social del menor. El niño intensifica su atención en el logro de algunas aspiraciones ya preexistentes, al tiempo que la importancia de otras se minimiza o desaparece por completo.

El maestro se convierte en el primer adulto significativo como figura de autoridad,

la actitud de muchos niños es positiva acerca de su futura asistencia a la escuela y conservan el entusiasmo por las experiencias que tendrán en ella, aunque este entusiasmo tiende a disminuir a fines de este período.

Los maestros tienen un efecto importante en la socialización de los niños, las características de ser justo y constante, la capacidad de conservar el orden sin ser excesivamente autoritario y la de alabar de manera adecuada son valoradas por los niños y tienen efectos sociales muy positivos en ellos.

Un factor importante es la formación de amistades cada vez más intensas, estables e importantes generalmente con personas del mismo sexo.⁷

Manifestaciones bucales más frecuentes.

2.4.2. Caries dental.

Las necesidades nutricionales varían de un año a otro en esta etapa, los requisitos dietéticos dependen del grado de actividad física y mental del sujeto, la ingestión de bocadillos se convierte en práctica habitual, las numerosas tiendas de abarrotes, la influencia de la radio y la televisión recuerdan constantemente al paciente sus necesidades alimenticias (Fig. 22).

Es una etapa en que el menor busca independencia con respecto de sus padres, ante todo en las esferas de higiene personal, selección de vestimenta y preferencias alimenticias. Los padres deben ejercer influencia cotidiana intensa en todo tipo de actividades incluidos los cuidados bucales.

La edad escolar es de suma importancia en lo referente a la administración de fluoruros, por tres razones principales:

- La formación de las coronas de muchos dientes permanentes continúa durante esta etapa

- Los dientes permanentes posteriores hacen erupción, es mayor el riesgo de la actividad cariosa hasta que ocurra la maduración posterior a la erupción (Fig.23).
- El niño tiene responsabilidad cada vez mayor en la conservación de su salud dental.

Muchas presentaciones de fluoruros de aplicación tópica son apropiadas para este grupo de edad, incluidas las pastas dentífricas y enjuagues bucales con fluoruros que brindan mayor protección a los dientes que están en erupción, así como las soluciones concentradas de fluoruros para aplicación odontológica profesional.

La vida de los niños de este período es cada vez más llena de actividades, por lo tanto, es menor el tiempo que dedican a la higiene personal. Aunque lo ideal es el cepillado de dientes después de cada comida, es un objetivo que muchas veces no se ajusta a la realidad, una recomendación apropiada es la limpieza a fondo de los dientes y masaje de encías antes de acostarse, con un cepillado de dientes adicional después del desayuno y otro tras la comida del mediodía. Después del almuerzo que toman en la escuela, es aconsejable que se enjuaguen vigorosamente la boca con agua, esto ayuda a remover las partículas grandes de alimento y neutralizar los ácidos presentes en la boca.

La supervisión de los padres en este período es indispensable aunado a una actitud firme y medidas disciplinarias apropiadas, para crear y conservar este importante hábito higiénico. Se recomienda un cepillo más grande y de cerdas suaves de nailon, un baño iluminado es el sitio ideal para la limpieza dental, para la evaluación de la limpieza se pueden emplear pastillas reveladoras cada semana bajo supervisión paterna. Los niños suelen tener movimientos digitales finos suficientes para aprender a usar el hilo dental

(Fig.24).

En la edad escolar surgen dificultades para la creación de buenos hábitos dietéticos, el problema radica en las horas que el menor está en la escuela, y la influencia de los medios de comunicación masivos, en especial la televisión, los malos hábitos alimenticios son el factor de predicción principal de problemas de salud dental en niños. No parece ajustado a la realidad aconsejar la exclusión de todos los caramelos y pasteles a los padres de niños de 6 a 7 años. Es mejor recomendar que lleguen a acuerdos, el dentista debe alentar el consumo de estos alimentos sólo inmediatamente después de las comidas, no antes ni entre ellas. Los niños pueden adquirir hábitos apropiados, pero estas recomendaciones han de ajustarse a la realidad y los padres deben tener entusiasmo por el cambio.^{7.}

2.4.3. Traumatismos.

Las caídas durante el juego causan la mayor parte de lesiones a los dientes permanentes jóvenes; los niños que practican deportes de contacto enfrentan el mayor riesgo de sufrir lesiones dentales, aunque el empleo de protectores bucales disminuye de manera importante su frecuencia.

Los niños con padecimientos convulsivos también se lesionan con más frecuencia los dientes permanentes. La dentición permanente padece con más frecuencia fracturas coronarias, los dientes lesionados más a menudo, son los incisivos centrales superiores, este riesgo se incrementa cuando están vestibularizados (Fig.25).^{7.}

2.4.4. Maloclusión.

El tratamiento ortodóncico temprano, es la solución de la mayoría de las maloclusiones, sin embargo requiere un correcto diagnóstico.

El odontopediatra ha de conservar la integridad de los dientes temporales o permanentes ya erupcionados, mediante la odontología conservadora o

restauradora. El uso de la odontología restauradora, para conservar el diámetro mesiodistal de los dientes, con especial énfasis en los molares temporales por caries interproximales, o la conservación del espacio ante la pérdida de éstos, mediante mantenedores de espacio, da como resultado una correcta guía oclusal de la dentición primaria y prevendrá problemas de maloclusión.

Hay una serie de anomalías oclusales que están asociadas con alteraciones eruptivas, pérdida de dientes temporales y hábitos orales, pudiendo presentar problemas esqueléticos y apiñamientos graves, en cuyo caso se remite al paciente con el especialista (Fig.26 y 27).

El patrón morfogenético de desarrollo de un individuo no sólo está marcado por la herencia, sino que existen factores ambientales que pueden modificarlo. Esto ocurre con la aparición de ciertos hábitos que probablemente serán factores causales del desarrollo de determinadas maloclusiones, donde el crecimiento óseo y el desarrollo dentario pueden estar influidos, su desviación se producirá ante la persistencia de estos hábitos, sin embargo puede ser potenciada o aliviada por el tipo facial del individuo. Algunos hábitos pueden tener base en alteraciones de índole muscular, la disfunción de músculos puede ocasionar movimientos dentarios. Los hábitos de deglución anómala, respiración bucal y succión digital inciden en este mecanismo, por lo que una corrección temprana de estos hábitos evitará el desarrollo de anomalías oclusales como mordidas abiertas y mordidas cruzadas anteriores y posteriores (Fig.28 y 29).¹¹

2.4.5. Enfermedad periodontal.

La entidad patológica más frecuente de los tejidos de soporte dentario del niño es la gingivitis, que es una enfermedad inflamatoria de la encía marginal, bien localizada o generalizada, ésta es causada por la acumulación

de placa bacteriana debido a una inadecuada higiene bucal, pueden ser factores contribuyentes:

- El cálculo que se presenta alrededor de un 10% de los niños y en cerca de la tercera parte de los adolescentes.
- Irritación mecánica.
- Los alimentos blandos y adherentes, dejan residuos abundantes en las áreas retentivas del arco dentario.
- Áreas de contacto defectuoso o irregular y malposiciones dentarias.

La gingivitis de la erupción se observa con más frecuencia durante la dentición mixta y algunas veces se presenta en las áreas de erupción dental. En relación a la gingivitis existe una posibilidad de transmisión intrafamiliar ya que los padres con enfermedad periodontal pueden resultar como reservorios de organismos periodonciopáticos para sus hijos. La gingivitis de la dentición temporal puede ser transferida durante el desarrollo de la dentición primaria a la permanente.

Es importante inspeccionar los tejidos gingivales en busca de enrojecimiento, edema, hemorragia o aumento de tamaño. Los niveles de adherencia deben determinarse con sondeo periodontal, sobre todo después de que erupcionan los dientes permanentes, los dientes que erupcionan pueden inspeccionarse hasta la unión de cemento y esmalte, es normal encontrara bolsas profundas temporales en la dentición de transición, y éstas deben diferenciarse de la pérdida de adherencia genuina con la localización de la unión cemento-esmalte. Shico Kinoshita señala que la incidencia de la gingivitis alcanza del 18,5% al 74% a los 6 años de edad y un 95% a los 11 años (Fig.30).

Para la prevención de la gingivitis es importante comentar con los padres las instrucciones de una higiene oral adecuada, y motivarlos para que presten ayuda a los niños.^{12,13,14.}

PERÍODO ESCOLAR.



Figura 21.

Fuente: www.clinicadentalintegral.com.sv



Figura 22.

Fuente: Odontología pediátrica. Escobar F.



Figura 23.

Fuente: www.clinicadentalintegral.com.sv



Figura 24.



Figura 25.

Fuente: Odontología pediátrica. Escobar F.



Figura 26.



Figura 27.



Figura 28.

Fuente: Odontología pediátrica. Escobar F.



Figura 29.



Figura 30.

Fuente: Odontología pediátrica. Escobar F.

3. ADOLESCENCIA.

Este período comprende de los 12 a los 19 años de edad.

La adolescencia es el período de transición entre la niñez y la vida adulta durante el cual acontece la maduración sexual, empieza el pensamiento de operaciones formales, y ocurre la preparación para ingresar al mundo de los adultos. Una tarea psicosocial importante de esta etapa es la formación de una identidad positiva. A medida que los adolescentes buscan una mayor independencia de los padres, también desean un mayor contacto y un sentido de pertenencia y compañía con sus padres (Fig.31).¹

3.1.1. Características físicas, psicológicas y sociales.

Características Físicas.

El concepto de pubertad es decisivo para la definición de adolescencia. La pubertad es una época de importantes cambios en todo el organismo; el mayor crecimiento se lleva a cabo en las extremidades inferiores la talla aumenta aproximadamente 7cm por año, hay desproporción entre los brazos y las piernas, que aparecen muy largos en relación con el tronco corto, es un período de desarrollo físico en que se adquieren las características sexuales que posibilitan la reproducción. Se ha considerado que en varones ocurre a los 14 años y en mujeres a los 12 años. El advenimiento de la pubertad muestra paralelismo con el desarrollo de órganos genitales y las características sexuales secundarias, entre éstas el surgimiento del vello púbico.

La pubertad también es un período de incremento de la masa muscular, redistribución de la grasa corporal y aceleración del crecimiento óseo, esto último ocurre en mujeres a menor edad, y en varones lo hace dos años después, en promedio. En el periodo pospúber que es de los 15 a los 18

años en la mujer y de los 16 a los 20 años en el hombre, el individuo completa su transformación y va adquiriendo sus formas y proporciones definitivas, la estatura final de varones suele ser mayor que la de mujeres.^{7,16}

Características psicológicas.

El desarrollo cognoscitivo continúa durante la adolescencia, y hacia mediados o fines de éste período muchos jóvenes son capaces de razonamiento operativo formal y de asimilar, dentro y fuera de la escuela, conocimientos extensos, difíciles y abstractos. También son numerosos los que han madurado hasta convertirse en comunicadores y conversadores entusiastas y hábiles. Otros más expresan sus opiniones y quizá discuten. Estas dos últimas características hacen difícil la relación con los padres, maestros y odontólogos.

Se ha señalado que los pensamientos de los adolescentes son introspectivos y analíticos, pero también son egocéntricos.

Los cambios dramáticos y rápidos que ocurren en los adolescentes guardan paralelismo con diversas circunstancias emocionales. La confianza en sí mismo y la identidad personal pueden verse afectadas si los sentimientos de su propia imagen no son los adecuados. En mujeres la menarquia suele originar circunstancias que provocan ansiedad, el advenimiento de la pubertad y de la producción de hormonas que la acompaña origina sensaciones e impulsos sexuales. Una emoción que reviste importancia para comprender a los adolescentes es el amor, pueden mostrar gran dedicación a alguna persona, algunas de estas relaciones son naturales, se acompañan de interés genuino y pueden convertirse en compromisos a largo plazo.⁷

Características sociales.

La adolescencia es la última fase de transición social entre la niñez y la edad adulta. Cuando termina, el joven es capaz de establecer y conservar relaciones sexuales y amorosas con una pareja, ser independiente de sus padres, colaborar con sus iguales y tomar sus propias decisiones. Estas son tareas sociales formidables y algunos adolescentes no pueden dominarlas. La delincuencia, el suicidio, abuso de etanol u otras sustancias, escapes del hogar, prostitución e interrupción de los estudios, son algunos ejemplos frecuentes de fracaso de los adolescentes en su adaptación social. La importancia de las personas de la misma edad aumenta conforme disminuye la relación con los padres y la dependencia con respecto a éstos.

Un cambio social importante es el aumento del número y alcance de las relaciones sociales de los adolescentes. La popularidad es muy importante para los adolescentes y son muy pocos los que no se preocupan al respecto. Los adolescentes que tienen una buena relación con su grupo de amigos también la entablan con los adultos, y quienes no reciben aceptación de otros adolescentes experimentan mayores dificultades con los adultos y crecen con diversos problemas sociales y emocionales.^{7.}

Manifestaciones bucales más frecuentes.

3.1.2. Caries dental.

Muchos estudios indican el aumento gradual a la vez que generalizado de la incidencia de caries dental en esta etapa. Los hábitos alimentarios se modifican de manera considerable, las necesidades calóricas se incrementan, hay gran consumo de proteínas y carbohidratos. La irregularidad en la ingestión de alimentos, el consumo de la llamada comida

rápida y de bocadillos frecuentes, y los hábitos alimenticios inusuales son frecuentes en ambos sexos.

Si el adolescente ha recibido fluoruros, el problema de la caries suele limitarse a las superficies oclusales de los dientes posteriores. No obstante la erupción de éstos en un medio bucal con placa bacteriana, disminución en la limpieza de los dientes y consumo de alimentos, con alto contenido de carbohidratos que se retienen entre los dientes, hacen que el esmalte inmaduro de las superficies lisas esté en alto riesgo de caries (Fig. 32).

Los objetivos del odontólogo hacia los adolescentes son: la consulta periódica, con énfasis en la continuación de los cuidados dentales en el hogar, empleo de fluoruros de aplicación tópica y orientación en el manejo de la dieta. Las recomendaciones globales sobre el manejo de la dieta en adolescentes se deben 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.

Dada su creciente independencia, postura rebelde ante las normas sociales establecidas, presión del grupo de amigos y aceptación de las recomendaciones que hacen la televisión, la radio e ídolos populares, es difícil que acaten estas medidas los adolescentes. Sin embargo el desarrollo social creciente hacia mediados de la adolescencia se acompaña de un fuerte deseo de verse atractivo, y la boca, al ser el centro de la cara, reviste importancia decisiva para la vanidad.

La higiene personal, al igual que cualquier actividad social establecida, origina respuestas variables en adolescentes. Los regaños de los padres y odontólogos tienen todas las probabilidades de generar respuestas negativas. Durante este período el uso del hilo dental debe volverse parte de la rutina diaria de higiene bucal. La hora preferible para la limpieza dental completa deber ser la de antes de acostarse. La clave para la prevención eficaz de la caries, durante lo que puede ser una etapa muy difícil de la vida, con frecuencia depende de tener factores motivacionales predominantes de

este grupo de edad y adoptar un enfoque que se base en esperar un acatamiento punto menos que perfecto. Enfocar los cuidados bucales y la higiene en el aspecto personal pueden ser factores de motivación poderosos en este grupo de edad para el logro de actividades preventivas.

La administración de fluoruro es todavía una medida preventiva durante esta etapa de gran susceptibilidad a la caries, los fluoruros de aplicación tópica junto con los selladores oclusales, son los agentes de prevención primaria durante la adolescencia, se logra protección adicional con el empleo de un enjuague bucal que parece ser aconsejable con los adolescentes. La aplicación tópica profesional de fluoruros debe continuar cuando menos cada seis meses durante la adolescencia.⁷

3.1.3. Enfermedad periodontal.

En la adolescencia, el organismo humano empieza a perder capacidad para impedir el deterioro permanente de los tejidos. La gingivitis del adolescente es de origen hormonal y local, los problemas de la higiene bucal tienden a empeorar.

La adolescencia es un momento decisivo: las decisiones tomadas y los hábitos fomentados pueden significar la prevención de la destrucción periodontal.

La pérdida ósea por periodontitis en la adolescencia ocurre en un porcentaje bajo, pero la gingivitis es el estado predominante en este grupo etareo. Las manifestaciones clínicas de la gingivitis incluyen inflamación marginal, pérdida del puntilleo, edema y hemorragia por estimulación o de tipo espontáneo (Fig.33).⁷

La consecuencia clínica a largo plazo de la gingivitis crónica de la adolescencia es confusa: la gingivitis que se presenta en la dentición primaria parece no tener algún efecto sobre la permanente, la inflamación crónica alrededor de los incisivos inferiores o superiores en la adolescencia

podiera en ciertos pacientes, carecer de consecuencias, aunque en otros causa tejidos fibrosos, recesión y pérdida de la cresta alveolar. Dejar la adolescencia con un periodonto sano y hábitos adecuados de higiene, ayuda a prevenir la enfermedad periodontal en el adulto.^{7.}

Gingivitis Puberal.

La exacerbación de la inflamación gingival por fluctuaciones hormonales es un fenómeno reconocido en la adolescente. Las características de tal situación son inflamación gingival con agrandamiento de las zonas interdetales, hemorragia espontánea o de fácil estimulación así como reacciones inesperadas ante factores locales. Alrededor de los 18 años de edad, cesa por lo regular el efecto hormonal.

Un factor agravante de las dificultades gingivales en este grupo etario son los aparatos ortodónticos.^{7.}

Gingivitis Eruptiva.

El adolescente joven puede presentar inflamación alrededor de los dientes que erupcionan. La erupción causa en un principio ruptura hística con reacción inflamatoria. La sensibilidad concomitante y la posición dental complican la higiene, y la inflamación continúa o empeora conforme se acumula la placa. La gingivitis de la erupción cede cuando se alcanza la posición oclusal normal.^{7.}

Pericoronitis.

Se presenta cuando se produce un opérculo sobre un tercer molar. Como etiología aguda, se consideran la retención de alimento, el estrés y los traumatismos. Puede presentarse con la gingivitis ulceronecrosante aguda.

Los síntomas incluyen dolor y apertura bucal limitada por sensibilidad sobre el tejido. También puede notarse halitosis, por higiene bucal inadecuada; la región del opérculo se nota tumefacta, edematosa y sensible.^{7.}

Periodontitis juvenil localizada.

Se caracteriza por un deterioro rápido, no reconocible en la clínica, del periodonto, con pérdida y destrucción ósea localizada y del ligamento periodontal. Se estima que ocurre por el microorganismo *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. La periodontitis juvenil localizada tiende a presentarse en familias, pero se desconoce algún patrón genético claro. Los púberes y adolescentes se encuentran en riesgo mayor en el límite etario de 10 a 15 años. Sin tratamiento, el padecimiento puede progresar hasta la pérdida ósea grave, movilidad dental y pérdida de los dientes afectados.^{7.}

Gingivitis Ulceronecrosante.

Es una infección, atribuida a menudo al estrés, a una resistencia menor del huésped o alguna otra situación que altere la relación del huésped con las bacterias entre el ser humano y *Borrelia vincentii*.

Tres manifestaciones clínicas se consideran lesiones típicas, características de GUN: dolor continuo e intenso, mal olor, y lesiones gingivales con apariencia de perforación. El trastorno se acompaña por lo general con linfadenopatía generalizada, malestar general y fiebre de grado bajo.^{7.}

3.1.4. Traumatismos.

En la dentición permanente, la mayor parte de accidentes tienen relación con los medios de transporte o la práctica de algún deporte. Los accidentes de bicicleta son una de las causas principales de lesiones (Fig.34). En cuanto a las

actividades deportivas, los accidentes en la piscina son los más frecuentes, seguidos de los que se producen con deportes de contacto y otros (fútbol, hockey sobre hielo, etc.). Recientemente, también el uso del monopatín y de los patines sobre ruedas se ha convertido en una causa habitual de lesiones dentarias. Los accidentes durante la práctica de deportes organizados y supervisados son menos frecuentes que en deportes de práctica libre. También la etiología recae sobre eventuales peleas y/o juegos agresivos, estas características son típicas de los adolescentes. Se considera que durante los 15 a 17 años, pueden presentarse lesiones traumáticas posiblemente por el comportamiento característico en la independencia, autoconfianza excesiva y negligencia de cuidados personales.^{9,17.}

Según se desprende de las investigaciones, las fracturas coronarias son la lesión dentaria más frecuente en la dentición permanente de los jóvenes, con un 80-90% de los casos (Fig.35).^{9.}

3.1.5. Maloclusión.

Las maloclusiones dentales podrían definirse como la incongruencia en el encaje de dos arcadas dentales maxilares superior e inferior, hecho que puede ocasionar alteraciones tanto funcionales como estéticas, (estas generan más demanda) las cuales inciden negativamente sobre la calidad de vida del paciente. La prevalencia de maloclusiones indica que dos tercios de la población tiene algún grado de maloclusión. El tipo de maloclusión puede deberse a varios factores: malposición dental en la arcada, alteraciones óseas (esqueléticas que precisen correcciones ortopédicas o una combinación de ambas (Fig.36). La ortodoncia corrige las alteraciones mediante la utilización de aparatología específica para cada caso, en ocasiones donde existen alteraciones óseas maxilares la cirugía ortognática debe ser el complemento de la ortodoncia a fin de poder resolver correctamente el caso(Fig.37). En edades tempranas la no intercepción de ciertos hábitos

(respiración bucal, hábito de succión, posición lingual, etc.) pueden llevar a la instauración de la maloclusión, por lo que sería preciso descartar su existencia en las exploraciones de control habituales. La falta de corrección de las caries en las piezas temporales puede condicionar la posterior maloclusión de las piezas permanentes, por lo que sería aconsejable el tratamiento odontológico (obturación) y, en caso de que debiera extraerse la pieza temporal prematuramente, se debería pensar en la posibilidad de colocar un mantenedor de espacio para que la pieza permanente pudiera erupcionar de manera correcta. Es importante indicar que el inicio del tratamiento ortodóntico no debe demorarse en todos los casos hasta la erupción de todas las piezas permanentes, ya que existen patologías específicas (mordidas cruzadas anteriores y/o posteriores, hipoplasias e hiperplasias maxilares) que deberían corregirse en edades tempranas, sin embargo la gran mayoría de los tratamientos de ortodoncia se realizan en la adolescencia, o se completan los que se inician en dentición mixta, generalmente se puede afirmar que es la edad en que se resuelven los problemas de las anomalías dento-maxilofaciales.^{18,16.}

3.1.6. Repercusiones en cavidad bucal de la anorexia nerviosa y de la bulimia.

Los trastornos de la ingesta, se caracterizan por una relación impropia con el alimento, o una grave desviación de los hábitos alimentarios, llegando más allá de un problema conductual, afectando la salud física y emocional del paciente, perjudicando su desempeño social y profesional. Las variantes principales de los trastornos de la ingesta incluyen: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y la ingesta compulsiva de comida, son fenómenos complejos e íntimamente relacionados. Los síndromes de anorexia y bulimia son trastornos de la alimentación que suponen un fondo conductual básico de miedo y ansiedad permanentes a la obesidad, que además de su

naturaleza psiquiátrica, cursan con una gama de disfunciones orgánicas severas (Fig38). Por un lado, la anorexia nerviosa implica una actitud restrictiva extrema de ingestión calórica cuyo resultado final es la emaciación (delgadez excesiva por desnutrición); por su parte la bulimia, se define como la ingestión usualmente secreta, obsesiva y masiva de alimentos seguida de vómitos autoinducidos, episodios de ayuno prolongado, o catarsis intestinal voluntaria mediante el abuso de laxantes y diuréticos. Finalmente, ambos fenómenos alimentarios complejos, están íntimamente relacionados y difícilmente se encuentran en un sólo paciente en forma pura.

La tasa de incidencia tanto de la anorexia como de la bulimia tienden a ser más altas en determinada población, tales como universitarias; en este tipo de ambiente y a esta edad, se da una alta prioridad a la delgadez, y la dieta es una práctica común. La anorexia nerviosa es mucho más común en mujeres que en hombres, aunque aproximadamente 5 al 10% de los pacientes con anorexia nerviosa son hombres. La anorexia típicamente comienza en la adolescencia y en adultos jóvenes, a una edad promedio de 17 años, aunque también ha sido reportada en niños de edad escolar y personas de edad media. Los reportes sobre la frecuencia de la bulimia varían. En mujeres de escuelas preparatorias y universidades se ha encontrado que entre el 4.5 y el 18% la padecen, en cambio, fuera de estos ambientes, esta cifra apenas alcanza un 2%, típicamente comienza en la adolescencia tardía después de haber intentado varias dietas de reducción de peso con poco éxito, frecuentemente influenciadas por amigos o en su defecto familiares. Al igual que en la anorexia, el 90-95% de los casos de bulimia se da en mujeres, y en ambos trastornos, las pacientes son caucásicas, de clase media a alta. Hay pocos reportes de anorexia nerviosa en negros; sin embargo, la distribución racial puede reflejar condiciones socioeconómicas más que características raciales.

La naturaleza de estos trastornos, comúnmente ensombrece los problemas dentales. Debido a la naturaleza psicológica de estos pacientes, pueden

mostrar poco o nulo interés en su cuidado de salud general y bucal, sin embargo, aunque las manifestaciones dentales de este tipo de padecimientos no atentan contra la vida, son las únicas manifestaciones que no pueden ser revertidas, por lo que requieren de reconocimiento y un tratamiento preventivo oportuno. Dentro de las principales manifestaciones buco-dentales, en los pacientes anoréxicos y bulímicos se encuentran: descalcificación y erosión del esmalte, caries extensa, sensibilidad dental a estímulos térmicos, alteraciones en la mucosa bucal y tejidos periodontales, sialoadenosis y xerostomía, pérdida de la integridad de las arcadas, disminución de la capacidad masticatoria y antiestética, así como queilosis, mordida abierta anterior y restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados (pseudo-sobreobtusión).

Erosión del esmalte.

Aunque irónicamente baja en porcentaje (38%) podría decirse que es la lesión dental típica de estos pacientes. Existe ausencia de pigmentaciones exógenas (café, té, cigarrillo, etc.) sobre las superficies erosionadas, lo cual además marca un indicio activo de la enfermedad. Como se mencionó, paradójicamente la prevalencia de la lesión es relativamente baja dado que su presencia depende de la combinación de aspectos como el tipo de dieta, frecuencia de vómitos, tiempo con el padecimiento, higiene (enjuague posterior al vómito), etc., la erosión no se presenta hasta que la regurgitación ha estado presente en forma continua por lo menos durante dos años consecutivos, el grado de erosión puede ser distinto en extensión y velocidad de progresión.

Caries.

Una excesiva ingestión de carbohidratos y una pobre higiene bucal puede resultar en un aumento en prevalencia a caries dental. Medicamentos prescritos ocasionalmente en estos pacientes pueden contribuir de igual manera, tales como tabletas de dextrosa, vit. C, bebidas ricas en sacarosa, etc. Probablemente existan

adicionalmente cambios en la flora bacteriana de los microorganismos cariogénicos como *S. mutans* y lactobacilos. En estos pacientes puede existir grados variables de xerostomía asociada a deshidratación, estados permanentes

de ansiedad y secundario a medicación depresora del SNC, lo que contribuye a mayor presencia y acúmulo de PDB.

Mucosa.

Se ve afectada por xerostomía, falta de hidratación y lubricación, aumenta la tendencia a la ulceración e infección. Se presenta eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico. Además de lo anterior las deficiencias de nutrientes y vitamínicas básicas para la conservación y recambio epitelial se ven alteradas, produciendo también queilosis, caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales principalmente comisurales.

Periodonto.

Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, siendo el más prevalente la gingivitis. Se reporta que la recesión gingival es frecuente en los padecimientos alimentarios, contrario a la periodontitis. La deshidratación de los tejidos bucales por las

deficiencias en la producción de saliva, además de las deficiencias dietéticas y la pobre higiene bucal impactan adversamente la salud periodontal por acúmulo de irritantes locales.

Tratamiento y manejo dental.

El primer paso en el tratamiento dental es la instrucción y educación de aspectos como causas de erosión y efectos que la deshidratación y la dieta pueden tener sobre los dientes y tejidos bucales. Aspectos importantes en los que se encuentran en etapas activas del padecimiento o en etapas de remisión-exacerbación incluyen aquellos preventivos, como revisiones continuas, protección del esmalte con fluoruro y específicamente en aspectos de higiene, si el paciente vomita, es recomendable el enjuague vigoroso después del episodio idealmente adicionando un poco de bicarbonato de sodio o hidróxido de magnesio, evitando el cepillado vigoroso para no acelerar la erosión. Al ser un padecimiento difícil de confesar por el paciente dadas las prácticas en las que incurrir y el sentimiento de culpa, es importante un escrupuloso interrogatorio resaltando aspectos de actitud mental y emotiva, hábitos dietéticos, ejercicio, uso de medicamentos (laxantes, diuréticos, anoréxicos, etc.) y control de peso, así como observar meticulosamente signos físicos de la enfermedad como sialoadenosis, erosión dental y cambios en piel del dorso de mano. La protección del esmalte puede hacerse mediante el empleo diario de soluciones neutras de fluoruro de sodio (0.05%) como enjuagues, aplicaciones directas en gel de fluoruro estañoso (0.4%). así como el contenido en la pasta dental de uso diario que además de proteger el esmalte ante la dilución ácida y erosión, ayuda a reducir la sensibilidad térmica de la dentina expuesta y la incidencia de caries. Se ha reportado una reducción hasta de un 30% en la erosión después de la aplicación tópica de fluoruro de sodio. Al conseguir función y

estética dental el paciente recobrará, reforzará y retroalimentará su autoestima.¹⁹

ADOLESCENCIA.



Figura 31.
Fuente: directa.



Figura 32.
Fuente : www.dental.mu.edu/.../lesions/caries/caries.htm



Figura 33.
Fuente: scielo.isciii.es/scielo.



Figura 34.
Fuente : Ward P, Schmelzeisen R. Maxillofacial Trauma and esthetic.



Figura 35.
Fuente: scielo.isciii.es/scielo.



Figura 36.
Fuente: Vellini F. Ortodoncia: Diagnóstico y planificación clínica.



Figura 37.



Figura 38.
www.aula21.net/Nutriweb/caries.htm

4. PROBLEMAS Y CUIDADOS EN EL ADULTO.

4.1. Juventud.

Este período comprende de los 20 a los 30 años de edad.

Durante los años de juventud o vida adulta temprana, deben resolverse retos importantes como alcanzar la intimidad, elegir carrera y lograr el éxito vocacional (Fig. 39). Los jóvenes adultos enfrentan otras decisiones como el matrimonio, la elección de pareja y la posibilidad de convertirse en padres. Algunos enfrentan la probabilidad del divorcio y de contraer nuevas nupcias, lo que puede dar por resultado una familia compuesta. Muchas de las decisiones tomadas establecen el escenario para la vida posterior.¹

4.1.1. Características físicas, psicológicas y sociales.

Características físicas.

En esta etapa el desarrollo de la persona propiamente ha terminado, las personas durante la juventud tienen plena capacidad física, pues en esta edad la fuerza, la energía y la resistencia se hallan en su punto máximo. Los hombres suelen estar orgullosos de sus cuerpos, no así las mujeres, en la actualidad los jóvenes de 20 años son más altos que sus padres a causa de la tendencia secular al crecimiento, entre los 30 y los 40 años la estatura es estable; luego comienza a disminuir. Aunque los adultos alcanzan su máximo poder físico durante la juventud, muchas de las marcas de envejecimiento también empiezan en ésta época. Hacia los 20 años empiezan a tener lugar lentos y continuos cambios que afectan al funcionamiento del cuerpo humano. El tono muscular y la fuerza, que por lo general alcanzan la cima entre los 20 y los 30 años, empiezan a descender después de esa edad. La agudeza visual y auditiva comienzan a disminuir a

los 20 años. Aparecen pequeñas arrugas alrededor de los ojos y la piel envejece, especialmente entre los aficionados a broncearse. Los rayos ultravioleta del sol interfieren en la producción de ADN y la síntesis de proteínas en la piel. Como respuesta, las células de la piel se regeneran más despacio, ésta se vuelve más fina y se arruga. Los cambios también tienen lugar dentro del cuerpo. Incluso si el peso no cambia, hacia finales de la juventud la proporción de tejido adiposo en los músculos empieza a aumentar. Además, la cantidad de aire que pueden absorber los pulmones en una sola respiración empieza a descender entre los 20 y los 30 años, disminuyendo un 1 por 100 por año, del mismo modo que lo hace el índice en que los riñones filtran la sangre. Las arterias también empiezan a envejecer, apareciendo placas de grasa, duras y amarillas en sus paredes, especialmente en las personas propensas a aterosclerosis. Una dieta deficiente y la falta de ejercicio han empezado a contribuir al desarrollo de enfermedades crónicas que no se manifiestan hasta la mitad o a finales de la etapa adulta.

Los tiempos de reacción se encuentran generalmente en su apogeo hasta los 26 años, y los jóvenes destacan en deportes que exigen reacciones rápidas, fortaleza y velocidad. La lentificación de los tiempos de reacción es uno de los síntomas de la edad que la mayor parte de los atletas profesionales empiezan a sentir cuando llegan a los 30 años.^{20,21,22.}

Características psicológicas.

En esta etapa el desarrollo de la persona propiamente ha terminado, el intelectual ha llegado a su máximo nivel, la emotividad y la sexualidad alcanzan un estado de relativo equilibrio. La afectividad, aparte de las oscilaciones de humor, tiende a acrecentar el problema del encuentro con los individuos del otro sexo, las amistades con personas del otro sexo no están libres de sentimentalismo como para orientarse hacia amistades más

exigentes y fundadas sobre un ideal moral y cultural. La experiencia desempeña un rol importante en el funcionamiento intelectual. El incremento en la adquisición y comprensión del vocabulario se prolonga hasta los 25 años, esto posibilita la posesión de un vocabulario suficientemente rico y bien comprendido que facilita el análisis de los matices de su pensamiento, así como la comprensión de la lectura, el pensamiento en este período es abierto, flexible, adaptativo y va más allá de la lógica formal.

En este período predomina en los jóvenes un estado de ánimo de extrema alegría de vivir, el origen de este sentimiento es que muchos jóvenes logran satisfacer sus necesidades básicas de ser reconocidos, estimados, de producir y de amar. Por su inserción en el mundo del trabajo, su reconocimiento como persona responsable por el mundo de los adultos y sus éxitos en el amor. Aunque también existen jóvenes cuyas condiciones de vida en nada o poco favorecen estas necesidades básicas, las causas de esta situación son: la insatisfacción en el trabajo o en los estudios que realizan, la falta de perspectivas para el futuro, el desempleo o falta de ocupación en que se puedan encontrar y el esfuerzo reclamado por los primeros pasos de la vida profesional. Las consecuencias afectivas de estas situaciones son: que el joven se vuelve nervioso, irritable o recae en cambios de humor, el negativismo ante la vida y desequilibrios graves que pueden llevar a estos jóvenes a estados neuróticos, maniacodepresivos o desinterés por la existencia, acompañados de extravagancias de tipo esquizoide o reacciones de tipo paranoico, pudiendo llegar a la violencia.

Otra característica importante de los jóvenes es el cambio de los sentimientos y relaciones con las personas que los rodean, se desprenden afectivamente de lo que antes podía irritarles y herirles profundamente, aceptan a los otros y así mismos como seres no perfectos, con sus defectos a lo que es necesario acomodarse. Existe en esta etapa un sentimiento de independencia que se manifiesta con los padres y con personas cercanas de las que dependen ya sea en el campo laboral o en el escolar.

En esta etapa los jóvenes pueden sostener diversas clases de conversaciones, entender temas muy complejos y resolver problemas difíciles.^{20,21.}

Características sociales.

En la juventud el contacto con la vida social es mucho más intenso que en la adolescencia, en dicho contacto, el joven, va formando de modo predominante su carácter. Hasta tal punto que muchos expertos en estos temas no dudan en definir a la juventud como un mero producto del ambiente sociocultural, que se presenta diferente según las situaciones y lugares que le toque vivir al joven.

Mientras algunos jóvenes prolongan sus estudios en la universidad o centros especiales, un buen número de ellos, ingresa, si no lo han hecho ya antes, en el mundo laboral, el ingreso a la vida laboral contribuye a la madurez de su personalidad. Su interés es dominar su oficio, subir en grados laborales o mejorar socialmente su oficio. Entre los jóvenes que prolongan sus estudios, algunos, sobre todo los que siguen viviendo con sus padres, ven mucho más recortado que los trabajadores, el desarrollo de su capacidad de vivir por sí mismos y por lo tanto se presenta una prolongada dependencia familiar. Para otros, el hecho de verse obligados a desplazarse para estudiar fuera de casa, puede contribuir a asumir responsabilidades nuevas a cerca de su existencia, constituyendo así su madurez. Pero vivir al margen de los adultos, puede mantenerlos en formas de expresión inmaduras y superficiales.

En este período algunas personas deciden si contraen matrimonio y con quien, aunque actualmente las personas contraen matrimonio mas tarde que en el pasado.^{20,21.}

Manifestaciones bucales más frecuentes.

4.1.2. Caries dental.

Al ser la caries dental una enfermedad multifactorial en la que interactúan factores del huésped (saliva y dientes), microorganismos, factores ambientales (dieta y hábitos de higiene oral) y tiempo, su prevención se basará en la actuación sobre cada uno de estos factores (Fig.40 y 41).

El educador para la salud debe poner en marcha una serie de medidas tendentes a:

- Aumentar la resistencia del huésped con: flúor, sellado de fisuras y corrección de maloclusiones.
- Reducir el número de microorganismos: control de la placa dental.
- Modificar los factores ambientales adversos: cambios dietéticos y limitar el tiempo en que permanecen los alimentos cariogénos en la boca (frecuencia de ingestión de alimentos), mediante la educación sanitaria en alimentación.

Corrección de las maloclusiones.

Una maloclusión dificulta la masticación y autolimpieza, favoreciendo la retención de restos alimenticios, lo que aumenta indirectamente la susceptibilidad a la caries. Los pacientes que reciben tratamiento ortodóntico han de mantener un excelente grado de higiene oral, debido a la mayor retención de los alimentos entre los aparatos.

Control de la placa dental.

Cepillado dental.

El cepillado dental, aún cuando sea perfecto, no es suficiente para eliminar la placa de las áreas interproximales, para ello es necesario utilizar otros materiales como la seda dental y los cepillos interproximales. El cepillado debe realizarse después de cada comida y al menos una vez al día (por la noche antes de acostarse), para la limpieza deben utilizarse dentífricos, que deben proporcionar la limpieza con la menor abrasión posible de los tejidos dentales (Fig. 42).

Consulta dental.

Se debe acudir a una cita periódica con el Cirujano Dentista para limpieza dental especializada por lo menos cada 6 meses.

Modificación de factores ambientales adversos.

Educación en alimentación.

No es fácil modificar los hábitos alimentarios en los adultos, que suelen estar muy arraigados, sin embargo se debe educar a los padres para que éstos inculquen a sus hijos costumbres alimenticias adecuadas.²³

4.1.3. Enfermedad periodontal.

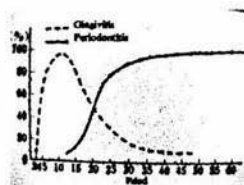
Lo que se conoce como enfermedad periodontal consta de una serie de cuadros clínicos caracterizados por la afectación del periodonto, enfermedades de origen inflamatorio. La enfermedad periodontal afecta a

ambos sexos en todo el mundo y es una de las enfermedades más frecuentes, que junto con la caries es la causa más importante de la pérdida dental, la gravedad y la prevalencia de esta enfermedad aumenta con la edad (Fig.43).

Su etiología es multifactorial por la interacción de microorganismos, factores de riesgo relacionados a la susceptibilidad individual del huésped (genéticos y enfermedades sistémicas) y factores ambientales (higiene oral, dieta y nutrición, fármacos, tabaco y estrés). Las bacterias que constituyen aproximadamente el 70% del material sólido de la placa son el factor etiológico más importante en la patología periodontal, por tal motivo es importante la eliminación de la placa para la prevención de la enfermedad periodontal. En relación al hábito tabáquico hay estudios que demuestran que los fumadores tienen cuatro veces más probabilidad de presentar periodontitis.

Las enfermedades periodontales se clasifican en gingivitis y periodontitis: la gingivitis es una enfermedad inflamatoria de la encía marginal, bien localizada o generalizada y la periodontitis se forma debido a la progresión de los procesos inflamatorios de la encía hacia las estructuras más profundas del periodonto.

Incidencia de la enfermedad periodontal según la edad. La incidencia de gingivitis es extremadamente alta entre los jóvenes, sin embargo, la incidencia de periodontitis aumenta en la época de la pubertad y es frecuente después de los 30 años.



Fuente: Atlas a color de periodoncia. Kinoshita S.

Prevención y Control: como el paso de gingivitis a periodontitis dependerá de la susceptibilidad del huésped, los factores ambientales y la agresividad de los componentes de la placa bacteriana, es preciso controlar y prevenir todas las gingivitis, para minimizar la incidencia de periodontitis.

La eliminación de las acumulaciones de bacterias de la placa por métodos mecánicos (cepillado dental) o químicos (enjuagues de clorhexidina) conduce a la desaparición o disminución de la inflamación gingival (gingivitis).^{12,14,18,23.}

4.1.4. Traumatismos.

Las lesiones de cara, cabeza y cuello son frecuentes y son clínicamente importantes por varios motivos:

- Los tejidos blandos y los huesos de la cara confieren la protección anterior del cráneo.
- El aspecto facial es un factor importante del aspecto personal.
- El conjunto de la región anatómica se asocia a varias funciones importantes para la vida diaria, tales como la vista, el olfato, la alimentación, la respiración o el habla. Si alguna de ellas sufre un menoscabo significativo, conllevará unas consecuencias potencialmente graves sobre el estilo y la calidad de vida del paciente.

Por tal motivo deben desarrollarse estrategias que reduzcan la incidencia de lesiones, ya que el costo del tratamiento puede resultar bastante elevado. La respuesta corporal al traumatismo depende de la naturaleza de la agresión y la respuesta de la víctima. Los traumatismos faciales pueden ser a causa de agresiones, por el actual aumento de la violencia interpersonal principalmente en el sexo masculino por el consumo de alcohol. Las víctimas de traumatismos secundarios a agresiones son con mayor frecuencia, varones jóvenes, del grupo de edad entre los 18 y 25 años, y son agredidos

a menudo por agresores desconocidos, mientras que en las mujeres es más frecuente que la agresión se de por parte de su pareja o ex-pareja.

Las lesiones faciales y dentarias consecutivas a los accidentes de automóvil afectan característicamente a los varones entre los 18 y 25 años, las lesiones producidas en estos accidentes se deben a la rápida desaceleración y al impacto directo de la cabeza, habitualmente contra el volante, el parabrisas y el asiento delantero, aunque los cinturones de seguridad y la legislación referente al consumo de alcohol entre los conductores, junto con las mejoras en el diseño de vehículos, han hecho disminuir la incidencia de estos traumatismos (Fig.44).

Entre la tercera parte y la mitad de los accidentes en motocicleta producen traumatismos faciales, la prevención en este caso es usar cascos que protegen contra estos traumatismos, para la protección de la porción inferior de la cara que incluye la cavidad bucal se recomienda prestar atención al ajuste de la protección del mentón, y recientemente se ha desarrollado un casco que abarca la casi totalidad de la cara.

Con el aumento de la participación y competitividad de las actividades deportivas en todo el mundo, las lesiones relacionadas con el deporte son más frecuentes que en épocas anteriores. En particular son más prevalentes los traumatismos bucofaciales de los dientes, las encías y los labios. En relación a las fracturas las de mayor prevalencia son las de corona. También pueden presentarse las avulsiones y las luxaciones con laceraciones asociadas a la encía, la lengua y los labios. La mayoría de las lesiones por actividades deportivas tienen lugar en varones jóvenes entre 18 y 25 años, muchas lesiones bucofaciales pueden prevenirse utilizando un protector bucal, que tiene varias ventajas, la más obvia es la protección de los dientes, que se logra por la separación de las arcadas dentarias mediante una interfase de plástico, las cuales protegen de las laceraciones bucales y de las contusiones, manteniendo los labios y los tejidos de las mejillas separados

de los dientes, además, al absorber y distribuir la fuerza del impacto, disminuye el riesgo de fracturas del ángulo mandibular y condíleas (Fig.45).

El sellado insuficiente de los labios y la presencia de protrusión de los dientes son factores predisponentes importantes para que ocurran los traumatismos. La mayoría de las lesiones dentarias afectan a los dientes anteriores y especialmente a los incisivos centrales superiores, generalmente afectan a un solo diente, sin embargo ciertos tipos de traumatismos, como los accidentes de automóviles, favorecen las lesiones múltiples, las fracturas de la corona afectan en mayor proporción a la dentición permanente.^{24,25}

4.1.5. Maloclusión.

Se aplica lo mismo que en el capítulo de adolescencia, sin embargo es importante recordar las secuelas desfavorables de la maloclusión en la vida adulta, si se hace caso omiso de ésta (Fig.46):

- Secuelas sociales y psicológicas.
- Mala apariencia.
- Interferencia en el crecimiento y desarrollos normales.
- Función muscular incorrecta.
- Deglución incorrecta.
- Defectos del habla.
- Aumento de caries.
- Predisposición a enfermedades periodontales.
- Trastornos en la ATM.
- Predisposición a accidentes dentarios.²⁶

JUVENTUD.



Figura 39.

Fuente: www.photomadrid.com.



Figura 40.

Fuente: www.dental.mu.edu/.../lesions/carles/carles.htm.

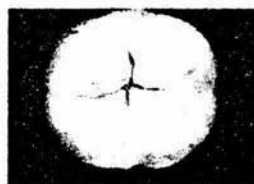


Figura 41.

Fuente: www.colegiokids.org/Dental.htm.



Figura 42.

Fuente: www.marinho.odo.br/prevencao.htm.



Figura 43.

Fuente: www.mandri10.com/servicios.htm.



Figura 44. Fuente: www.endodonziaznar.com/tratamientos.htm



Figura 45.

Fuente: Ward P, Schmelzeisen R. Maxillofacial Trauma and esthetic



Figura 46

Fuente: drenriqueledergerber.com

4.2. Edad madura.

Este período comprende de los 40 a los 50 años de edad.

Durante la edad madura, mucha gente empieza a sentir que el tiempo se le escapa a medida que su reloj social y biológico sigue su paso. En algunos casos da lugar a una crisis de la edad madura, durante la cual reexaminan muchas facetas de su vida. Para los padres cuyos hijos han dejado el hogar, los años de la edad madura pueden ser un tiempo de mayor libertad porque ahora están libres de atender sus propios intereses (Fig.47). Es un período en que mucha gente alcanza una máxima responsabilidad personal y social, así como éxito profesional. Sin embargo, es necesario ajustarse a los cambios corporales y a las situaciones emocionales, sociales y laborales.¹

4.2.1. Características físicas, psicológicas y sociales.

Características físicas.

Durante esta etapa las personas empiezan a notar cambios obvios en el aspecto y funcionamiento de sus cuerpos. Todos los pequeños cambios que empezaron en la juventud han ido progresando paulatinamente, el rostro tiene algunas arrugas, la piel ya no se estira tan firmemente por todo el cuerpo, el pelo empieza a ponerse canoso, en las mujeres las glándulas sebáceas debajo de la piel permiten la aparición de arrugas unos 10 años antes que los hombres. La fortaleza muscular y el tiempo de reacción decrecen tras cumplir los 40 años, antes de los 50 años, la mayoría de los adultos necesita gafas para leer de cerca, la miopía tiende a estabilizarse, se produce una disminución en la capacidad auditiva, que es mayor en los hombres que en las mujeres y casi no se percibe por ser mínima. La sensibilidad del olfato y del gusto se reducen, los cambios que se presentan en la capacidad psicomotora y sensorial son bastante pequeños, la

coordinación disminuye de manera gradual. Los cambios fisiológicos más comunes son la disminución de la capacidad de bombeo de sangre, la reducción en el funcionamiento renal, menos secreción de enzimas en el sistema gastrointestinal, lo cual origina indigestión y estreñimiento, debilitamiento del diafragma y en los hombres agrandamiento de la próstata, lo cual puede causar problemas sexuales y renales. Los trastornos crónicos (especialmente la obesidad, la hipertensión, la artritis y la diabetes) empiezan a aparecer, sin embargo tienen menos brotes de enfermedades agudas (infecciones y trastornos respiratorios) que los jóvenes, muchos de los cambios físicos asociados al envejecimiento prematuro aparecen cuando se trata mal al cuerpo, se adquiere alguna enfermedad crónica o simplemente se permanece inactivo. La buena nutrición, el ejercicio, la disminución en el consumo de alcohol, dejar de fumar y evitar los rayos directos del sol, pueden retardar mucho los cambios fisiológicos.

Los cambios en el sistema reproductivo marcan esta etapa en la mujer: la menopausia supone el fin de la capacidad reproductora de las mujeres, pero a la mayoría sólo les crea trastornos menores. Los hombres sanos no pierden su capacidad reproductora, aunque su respuesta sexual sea más lenta. En los adultos sanos, la pérdida de la respuesta sexual puede ser resultado de factores psicológicos.^{21,22.}

Características psicológicas.

Algunas características de la personalidad permanecen estables, pero se presentan crecimiento y cambio, las personas se vuelven más introspectivas y los dos sexos tienden a tomar características asociadas con el otro sexo. Las personas liberadas de muchas obligaciones de la crianza de los hijos, expresan características de personalidad que antes habían reprimido, las mujeres se vuelven más asertivas y los hombres emocionalmente expresivos. Los comienzos de los 40 años son un período de transición que

puede ser estresante, particularmente para las mujeres, los 50 años parecen ser un período de plenitud de la vida, afrontar tanto el trabajo bien remunerado como los compromisos de la familia contribuye a la salud psicológica de las mujeres. La personalidad puede cambiar cuando las personas se encuentran ante acontecimientos inesperados que conducen a un cambio radical en sus vidas, la muerte de un padre puede precipitar cambios en la personalidad.

La confianza en uno mismo suele aumentar en esta etapa, Las personas de esta etapa pueden aprender, y continúan aprendiendo nuevos trucos, nuevos hechos y nuevas habilidades; asimismo, pueden recordar aquellos que ya conocen bien, no hay evidencia de que la capacidad intelectual decline antes de los 60 años, se incrementa en algunas áreas como el vocabulario y la información general. Aunque en esta etapa las personas se desempeñen con mayor lentitud y no sean tan expertas para resolver nuevos problemas, algunas investigaciones revelan que la capacidad para resolver problemas prácticos alcanza su máximo desarrollo.

En algunos casos se presenta: la crisis de la edad adulta intermedia que implica una transición perturbadora, ha llegado a ser una frase de moda que aparece inesperadamente como una explicación para la depresión, las aventuras extramaritales o los cambios de carrera. Estos eventos se toman como señales de un cambio desde una orientación hacia el exterior, un interés en encontrar un lugar en la sociedad, hasta una orientación interior, una búsqueda de significado dentro de sí mismo.^{21,22.}

Características sociales.

La mayoría de adultos entre 40 y 60 años parecen y se sienten más jóvenes y sanos actualmente que sus padres y abuelos a su misma edad. La mayoría de las parejas de la actualidad que se encuentran en este período se encuentran en una etapa más prematura del desarrollo familiar, es más fácil

que todavía tengan padres vivos y menos mujeres enviudan, aunque es probable que estén solteras, divorciadas, divorciándose o cohabitando. La mayoría de los adultos tienen una mejor educación y es más probable que las mujeres tengan empleos, ya sea porque han trabajado siempre o porque vuelven cuando sus hijos van a la escuela. Algunas personas desempeñan trabajos sumamente creativos, estando la creatividad más relacionada con el trabajo lento y llevado a cabo de modo cuidadoso. La prosperidad de las personas de esta etapa depende de las condiciones económicas, así como de su propia educación. Muchas personas de 40 años han descubierto que no vivirán mejor que sus padres que vieron crecer sus ingresos tras cumplir los 30 años.

Los factores más importantes en la prolongación de la vida conyugal parecen ser sentimientos positivos sobre el cónyuge, un compromiso con el matrimonio a largo plazo, y compartir metas. Las obligaciones con los hermanos generalmente se vuelven más cercanas, tienden a invertir menos tiempo y energía en amistades nuevas que los adultos jóvenes, puesto que sus energías las dedican a la familia, el trabajo y a construir seguridad para su jubilación, los padres de adolescentes necesitan acoplarse a la idea de quienes son sus hijos y a una pérdida de control sobre la vida de éstos. Los padres de esta etapa, tienden a permanecer involucrados con sus hijos jóvenes, tienen un fuerte vínculo afectivo, principalmente las mujeres de la edad madura pueden tener que llegar a brindar ayuda a sus padres viejos y desvalidos.^{20,21,22.}

Manifestaciones bucales más frecuentes.

4.2.2. Caries dental.

Se aplica lo mismo que para la juventud, sin embargo se debe tomar en cuenta que en la juventud y la edad madura, la mayoría de las veces la pérdida dental se debe a caries (Fig.48).

4.2.3. Enfermedad periodontal.

En la etapa anterior se habló de ésta, es importante recordar que la incidencia de periodontitis aumenta con la edad y es frecuente después de los 30 años. Más del 80% de las pérdidas dentarias en pacientes con edades superiores a los 40 años son debidas a enfermedad periodontal (Fig.49). La población que presenta gingivitis en esta etapa es mínima en comparación con la periodontitis (Fig.50).^{14,23.}

4.2.4. Traumatismos.

Se aplica lo mismo que para la etapa de juventud, sin embargo se presentan en menor porcentaje en esta etapa, las lesiones por peleas aparecen con más frecuencia en esta etapa y están estrechamente relacionados con el abuso del alcohol. Este tipo de traumatismo generalmente produce un modelo especial de lesión caracterizado tanto por luxación de los dientes como por fracturas de las raíces y/o del hueso de sostén (Fig.51 y 52).^{24.}

4.2.5. Maloclusión.

Se aplica lo mismo que en la adolescencia y en la juventud, es importante recordar que las maloclusiones deben prevenirse y tratarse en edades tempranas (Fig.53 y 54).

EDAD MADURA.



Figura 47.

Fuente: www.naturaldent.com.co/cosmetica



Figura 48.

Fuente: mx.encarta.msn.com/media



Figura 49.

Fuente: www.geocities.com/Ind_ServOdont3.html



Figura 50.

Fuente: www.marinho.odo.br/prevencao.htm



Figura 51.

Fuente: www.endodonciaznar.com/tratamientos.htm



Figura 52.

www.ortodoncia.ws/11.asp



Figura 53.

Fuente: www.esorib.com/Master-prostodoncia.html



Figura 54.

4.3. Problemas y cuidados en la vejez y senectud.

Este período comprende de los 60 años en adelante.

La vejez es un momento de ajustes, particularmente a los cambios en las capacidades físicas, las situaciones personales, sociales y las relaciones. Es necesario prestar mayor atención al cuidado de la salud para mantener el vigor físico y el bienestar (Fig.55). La persistencia de las capacidades verbales permite que algunos individuos continúen desarrollando su conocimiento y habilidades cognoscitivas. Las relaciones con los hijos adultos, los nietos y otros parientes adquieren un nuevo significado, especialmente para los que han enviudado. Mantener y establecer amistades significativas con los padres es importante para el bienestar, en esta etapa la gente reporta un alto grado de felicidad y satisfacción con la vida y poco temor a la muerte.¹

4.3.1. Características físicas, psicológicas y sociales.

Características físicas.

Con el envejecimiento acontecen diversos cambios, entre estos destacan: disminución de la capacidad de respuesta del sistema cardiovascular que predispone a situaciones de hipotensión postural y aumenta la sensibilidad de los fármacos antihipertensivos, y antiarrítmicos, aumento de la sensibilidad al frío, mayor susceptibilidad a la deshidratación, al golpe de calor y a la congestión, aumento de la sensibilidad a la toxicidad renal y general de los fármacos, pérdida de la masa muscular y aumento de la desmineralización ósea, que favorece la osteoporosis, decremento de la audición de los tonos altos y de la agudeza visual, especialmente la nocturna, aumento de la sensibilidad del sistema nervioso central, atrofia vaginal y disminución de la potencia y de la erección.¹⁸

Características psicológicas.

No hay un patrón único de envejecimiento psicológico pues éste depende más de los factores socioeconómicos y culturales que envuelven al individuo que de la edad cronológica. El declive cognitivo y el deterioro intelectual son característicos en esta etapa, en los cuales intervienen factores evolutivos como el proceso de socialización, la educación y el nivel de ejercitación intelectual, la pérdida del nivel intelectual por lo general es secundaria a una enfermedad. El declive intelectual no afecta a todas las funciones a la vez, su principal manifestación es el decremento en la exactitud y rapidez de la ejecución de tareas simultáneas, el rendimiento intelectual de las personas mayores asciende cuando se aumenta el tiempo solicitado para dar respuestas, en cuanto al aprendizaje, el anciano puede seguir aprendiendo cuando se optimizan las condiciones para éste. Un aspecto importante del declive cognitivo son los cambios en la memoria producido por una alteración del proceso de transferencia de la información, que da como consecuencia una dificultad para recordar aquella información cuya recuperación exige procesos complejos de recuerdo e interpretación.

Los cambios en la personalidad que se presentan en las personas de esta etapa son: los varones se vuelven más sentimentales, conservadores y reflexivos, mientras que las mujeres son más tolerantes y abiertas. En edades avanzadas, superiores a los 75 años, aparecen características de la personalidad que muestran el proceso de adaptación a las pérdidas, sin embargo no hay un solo prototipo de personalidad en la vejez, ésta viene determinada por la personalidad previa. La satisfacción con el envejecimiento es alta en la gran mayoría de los ancianos y depende de las circunstancias que lo rodean y no de la edad.¹⁸

Características sociales.

En esta etapa, se producen diversos cambios sociales que afectan a las personas, el primero es la jubilación, las consecuencias directas son la reducción de los ingresos económicos, la pérdida de contactos con los amigos y, en determinadas personas, una crisis de identidad. Los principales problemas sociales son la pobreza relativa por reducción de los ingresos, los problemas con el acondicionamiento de la vivienda y su entorno debido a déficit funcionales. La viudez origina situaciones de empeoramiento del estado financiero, de soledad y de cambios de lugar de residencia, ésta afecta más a las mujeres que a los hombres. El riesgo de morir por un soporte social insuficiente es ligeramente mayor para los varones entre los 65-74 años que para las mujeres, el cual desempeña un papel más importante en el riesgo relativo de morir que el estado civil. La soledad que afecta más a las mujeres, puede estar asociada o no a las situaciones de aislamiento social y sus factores predisponentes son la emigración, la viudez y la incapacidad. En algunas personas se presenta el abandono que es una situación de ausencia del apoyo familiar, de los servicios sociales y del voluntariado. Las sociedades de los países desarrollados tienen en baja estima a los ancianos y subestiman la potencialidad y capacidad de las personas mayores. En algunos casos se presenta el síndrome de malos tratos a ancianos, que hace referencia a la presencia de abuso físico, sexual, emocional o psicológico, económico y al abandono o negligencia en el cuidado. Las consecuencias son las reacciones emocionales como la ansiedad, el miedo y la depresión. Un alto número de ancianos comparten el estereotipo negativo que la sociedad tiene y experimentan sentimientos de subestima. Estos sentimientos provocan temores, entre los que destacan el miedo a la dependencia, a las deudas económicas, a la soledad y a la institucionalización. Las relaciones sociales, y especialmente la disponibilidad de un confidente, tiene un papel muy importante en el bienestar personal. La

familia es el mejor recurso de apoyo social en la vejez y éste influye en la situación de bienestar en los ancianos.^{18.}

Manifestaciones bucales más frecuentes.

4.3.2. Caries dental.

La actual disminución de edentulismo origina que más dientes naturales se encuentren en riesgo de padecer caries en ésta etapa, en algunas personas la caries aumenta por varios factores como son: la disminución de higiene dental, los factores retenedores de placa, tales como grandes obturaciones con márgenes deteriorados, ganchos y retenedores en dentaduras parciales, bifurcaciones y superficies radiculares expuestas, superficies de dentina desgastadas y dientes inclinados. Muchas personas mayores comienzan a saborear caramelos para aliviar la sensación de sequedad en la boca, en muchos ancianos el aspecto inhibidor de la saliva sobre la caries disminuye a causa de la disminución del flujo salival. A menudo que avanza la edad, el proceso de caries tiende a hacerse más crónico, generalmente prosigue con menos síntomas que en individuos más jóvenes. Las caries del cemento constituyen un problema en los pacientes de este período que han sufrido una recesión gingival y las superficies del cemento del diente están expuestas (caries circular del cemento y de la dentina de la superficie de la raíz) (Fig. 56). Con la edad la unión cemento-esmalte es más fina y es donde las lesiones cariosas tienden a comenzar, las lesiones de caries cervicales son los problemas más habituales en éstas personas. Las lesiones de caries en la boca en estas personas deben tratarse tan pronto como sea posible para impedir el crecimiento del proceso a un nivel irreparable.

Prevención: se ha demostrado que la fluorización tópica reduce la solubilidad de la superficie del diente incluso en individuos de edad avanzada, por lo cual es recomendable, así como el uso de pastas dentífricas fluorizadas. Las

dietas de las personas de esta edad a menudo tiende a poner énfasis en la suavidad de los alimentos y la fácil digestión, y consiguientemente se eligen alimentos ricos en hidratos de carbono, que no estimulan la función autolimpiadora de la cavidad bucal, por lo cual la reducción de hidratos de carbono refinados y la elección de alimentos con textura firme son medidas necesarias para la prevención de caries. También la higiene bucal insuficiente o su omisión facilitan la actividad cariosa, por este motivo el anciano que por razones físicas o mentales no es capaz de realizar estas acciones, necesitará la ayuda de alguien para realizarlas, que puede ser un miembro de la familia, además hay que tomar en cuenta que las personas de edad avanzada tienen menor capacidad para realizar la higiene.^{4,27,28.}

4.3.3. Enfermedad periodontal.

La disminución de la tasa de edentulismo también provoca que más dientes naturales se encuentren en riesgo de padecer enfermedad periodontal, se estima que un 90% de los adultos de 65 años en adelante necesitan tratamiento periodontal y de ellos 15% necesitan tratamientos complejos. Si bien la prevalencia de la enfermedad periodontal parece incrementarse con la edad, esto probablemente se deba al carácter de larga duración de la enfermedad, con un inicio en la edad adulta temprana (Fig.57). En los últimos años de la vejez, la pérdida dental se debe con más frecuencia a la enfermedad periodontal que a la caries. La causa de la enfermedad periodontal es externa y está ligada a la presencia de placas y cálculos, sin embargo, el ambiente juega un papel importante por el reordenamiento gingival que se produce a medida que avanza la edad. La recesión gingival que se da en las personas de edad avanzada lleva a que las papilas interdentes no rellenen los espacios interproximales y el estancamiento de alimentos, placa y cálculo conducen a la inflamación, y su eliminación es la

medida más importante para evitar la periodontitis y reducir su nivel, incluyéndose también una higiene oral efectiva.^{4,28.}

4.3.4. Pérdida dental y edentulismo.

La imagen desdentada de las personas mayores es consecuencia de las modificaciones que sufren los dientes y el periodonto en el envejecimiento. El resultado final de la caries y la periodontitis es la pérdida dental, otra causa de la pérdida dental es, que por la edad el hueso alveolar se atrofia, y aumenta la movilidad de los dientes que al final se van a exfoliar, además en los ancianos está reducido el recambio óseo y a medida que el individuo envejece aumenta la pérdida de sustancia ósea. El número de dientes perdidos se acelera con la edad (Fig.58), y la sucesiva pérdida dental puede llevar al estado completamente edéntulo, que es el cambio más notable en el sistema estomatognático de los ancianos. Sin embargo uno de los principales cambios en los patrones de enfermedad bucal es el decremento de la tasa de edentulismo y se estima que en el año 2024 sólo el 10% de la población entre 65 y 74 años será edéntulo. Mediante consultas frecuentes y exámenes profesionales sistemáticos, los adultos estarán mejor preparados para conservar sus dientes a lo largo de la vida.^{4,27,28,29.}

4.3.5. Lesiones de tejidos blandos.

La mucosa bucal experimenta cambios por la edad, el hábito de fumar, el uso de prótesis y la higiene bucal influyen en dichos cambios. En general la mucosa sufre atrofia en los ancianos produciendo procesos como son: enfermedades inflamatorias infecciosas, irritaciones y tumores malignos, la causa de estas enfermedades es la falta de higiene. El epitelio se adelgaza, el paladar, la encía, los carrillos y los labios tienden a queratinizarse. El borde bermellón de los labios se estrecha y se producen lesiones en las

comisuras labiales, por candidiasis, por la presencia de saliva o como un signo de deficiencia vitamínica (Fig.59). Los factores como el tabaco y los traumatismos en la masticación por prótesis o dientes astillados pueden influir en la aparición de neoplasias malignas o leucoplasias.

A partir de la sexta década de la vida se incrementa notablemente la incidencia de padecimientos neoplásicos y otros trastornos que afectan las funciones de la cavidad bucal.

Los trastornos bucales más frecuentes son: várices linguales (Fig.60), puntos de Fordyce, queratosis friccional, leucoedema (Fig.61), pigmentación melánica. Las lesiones que afectan la lengua son: lengua fisurada, lengua geográfica, glositis romboidea media, lengua atrófica y lengua pilosa.

Lesiones precancerosas de la mucosa bucal son aquellas que no siempre desarrollan un cáncer a partir de sus células, sino que éstas pueden sufrir transformaciones atípicas más fácilmente que las normales y desembocar en un cáncer, las más comunes son: leucoplasia o queratosis plana, liquen plano, queratosis exofítica, papilomatosis oral florida, eritoplasia de Queirat (Fig.62), fibrosis oral submucosa, disfagia sideropénica y displasia epitelial.

Tumores malignos de la cavidad bucal. Se denomina cáncer bucal a las neoplasias originadas en el revestimiento mucoso de la cavidad oral, aunque su tasa de morbilidad no es muy alta, su tasa de mortalidad sí lo es. Los carcinomas de células escamosas de la lengua y el labio son los más frecuentes (Fig.63). Los tumores benignos del epitelio escamoso son: papiloma escamoso y carcinoma intraepitelial. Los tumores malignos son: carcinoma espinocelular, carcinoma verrugoso, carcinoma fusocelular y linfoepitelioma.³⁰

4.3.6. Repercusiones de fármacos en cavidad bucal.

Algunos medicamentos tienen repercusiones en la cavidad bucal, las principales son:

Xerostomía.

Numerosos medicamentos pueden influir en la cantidad, composición y características de segregación de la saliva. Los medicamentos pueden provocar como efecto secundario una hiposalivación y una xerostomía, entre ellos se encuentran los: antidepresivos, antihipertensivos, anticolinérgicos, diuréticos y antihistamínicos. Los antidepresivos son los que provocan más frecuentemente el síntoma de desecación bucal, por este motivo los pacientes afirman que la prótesis bucales, que hasta ese momento fueron llevadas sin problemas, presentan complicaciones.^{31,32.}

Hiperplasia gingival fibrosa.

Con una terapia anticonvulsiva a largo plazo con derivados de hidantoína (fenitoína), se produce un aumento de la encía. Las excrecencias fibrosas de la encía se producen generalmente en las papilas interdentes y se propagan posteriormente al resto de la encía, finalmente el tejido cubre parte o totalmente las coronas dentales, las alteraciones se producen más frecuentemente en los incisivos (Fig.64). Puede ser causada también por ciclosporinas y por los antagonistas de calcio, nifedipina.^{31.}

Estomatitis medicamentosa.

Se caracteriza porque las mucosa oral y lingual están enrojecidas y el paciente se queja de ardor, es causada por antibióticos y sedantes.^{32.}

Candidiasis.

La candida albicans está presente en el 50% de la flora oral normal de los adultos, pero sólo cuando aparecen factores predisponentes como: la terapia prolongada con antibióticos que es la principal, corticoides e inmunosupresores, se produce la candidiasis (Fig.65).³².

VEJEZ Y SENECTUD.



Figura 55.

Fuente: Estomatología Geriátrica. Ozawa J.

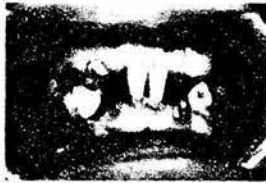


Figura 56.

Fuente: Estomatología Geriátrica. Ozawa J.



Figura 57.

Fuente: www.odontologia-online.com.



Figura 58.

Fuente: www.defence.gov.au.



Figura 59.

Fuente: Estomatología Geriátrica. Ozawa J.



Figura 60.



Figura 61.



Figura 62.

Fuente: Estomatología Geriátrica. Ozawa J.



Figura 63.



Figura 64.

Fuente: Patología oral y maxilofacial. Saap J.



Figura 65.

Fuente: Estomatología Geriátrica. Ozawa J.

CONCLUSIONES.

Conocer los factores de riesgo y saber como realizar una buena promoción de la salud bucal es de suma importancia para el Cirujano dentista, ya que con esto se busca prevenir o disminuir la gravedad de las manifestaciones bucales más frecuentes, como es el caso de la caries dental, enfermedad periodontal, maloclusiones y traumatismos, entre otras.

Los hábitos de higiene bucal y alimentarios deficientes o inapropiados, favorecen la aparición de estas manifestaciones en todos los periodos de la vida, por este motivo es indispensable que se lleve a cabo una buena higiene bucal durante el desarrollo de la vida, así como también la visita periódica al Cirujano Dentista, ya que el no someterse a tratamientos odontológicos cuando es necesario puede acarrear consecuencias como maloclusiones o aumentar la posibilidad de sufrir traumatismos si no se lleva a cabo un tratamiento ortodóncico cuando hay presencia de maloclusiones, aplicandose tanto en la dentición temporal como en la permanente.

La práctica clínica para el Cirujano Dentista implica enfrentarse a un sinnúmero de experiencias, para las cuales debe ser capacitado.

Cabe señalar que el especialista en la salud bucal debe tomar en cuenta otros aspectos importantes además de la salud bucal, como son las características físicas, psicológicas y sociales que se presentan en cada período de la vida y así poder influir en cada uno de estos, para tener un mejor manejo clínico del paciente.

El conocimiento de las características físicas, psicológicas y sociales aunado al conocimiento de la salud bucal hacen una buena combinación para una mejor atención del paciente.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Rice FP. Desarrollo humano: estudio del ciclo vital. 2^a.ed. Cd. México: Edirorial Prentice – Hall Hispanoamericana, 1997. Pp. 4-9.
2. Dorland. Diccionario enciclopédico ilustrado, Volumen I. Cd. España: Editorial McGraw-Hill, 1992. Pp. 545.
3. Díaz RM, Díaz MA. Manual de salud bucal y embarazo. Cd. México: Editorial Casa abierta al tiempo, 2001. Pp. 11-14,25,31-33.
4. Harris NO. Odontología preventiva primaria. 5^a.ed. Cd. México: Editorial El Manual Moderno, 2001. Pp. 355 – 364.
5. Roca AM. Cuidado dental en el embarazo.
<http://www.pulevasalud.com>.
6. Academia de odontología general. El cuidado de la salud bucal durante el embarazo cambia verdaderamente.
<http://www.deltadentalca.org>.
7. Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields HW, McTige DJ, Nowak A. Odontología pediátrica. 2^a.ed. Cd. México: McGraw-Hill, 1996. Pp.115-117, 148-152, 161-173, 199, 200, 204-206, 231-238, 297-299, 311-317, 346-348, 352-355, 387-392, 426, 471, 472, 476 – 478, 501 – 504, 527 – 532.
8. Koch, Moderé, Poulsen, Rasmussen. Odontopediatria : enfoque clínico. 2^a.ed. Cd. Argentina: Editorial Médica Panamericana, 1994. Pp. 205-207.

9. Waes H, Stockli P. Atlas de odontología pediátrica. 1ª.ed. Cd. España: Editorial Masson, 2002. Pp. 289-292.
10. Angus C. Manual de odontología pediátrica. 1ª.ed. Cd. España: Editorial McGraw – Hill, 2000. Pp. 157, 158.
11. Barbería E. Odontopediatria. 2ª.ed. Cd. España: Editorial Masson, 2002. Pp. 189-193.
12. Laskaris G. Patología de la cavidad bucal en niños y adolescentes. 1ª.ed. Cd. Venezuela: Editorial AMOLCA, 2001. Pp. 62.
13. Escobar F. Odontología pediátrica. 2ª.ed. Cd. Venezuela: Editorial AMOLCA, 2004. Pp. 80-82.
14. Kinoshita S. Atlas a color de periodoncia. 1ª.ed. Cd. España: Editorial Publicaciones Médicas, 2001. Pp. 9, 25-29, 293.
15. Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields HW, McTige DJ, Nowak A. Odontología pediátrica. 3ª.ed. Cd. México: McGraw-Hill, 2004. Pp. 80-82.
16. Mayoral J, Mayoral G, Mayoral P. Ortodoncia: principios fundamentales y práctica. 4ª.ed. Cd. España: Editorial Labor, 1983. Pp. 5,6,389.
17. Guedes A. Rehabilitación bucal en odontopediatria. 1ª.ed. Cd. Colombia: Editorial AMOLCA, 2003. Pp. 95-97.

18. Zurro M, Cano J. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª.ed. Cd. España: Editorial Elseiver, 2003. Pp. 1531-1534, 1644-1647.
19. Zárate O, Ramírez G. Anorexia y bulimia nerviosa. Aspectos odontológicos. Rev. ADA. 2000; 57: 23:32.
20. Moraloda M. Psicología del desarrollo: infancia, adolescencia, madurez y senectud. 1ª.ed. Cd. México: Editorial Alfaomega, 1999. Pp. 291-299.
21. Papalia DE. Desarrollo psicológico a lo largo del ciclo de la vida. 1ª.ed. Cd. México: Editorial McGraw – Hill Interamericana, 2002, Pp. 444, 445, 454, 458, 467, 503, 509, 510, 520, 532, 536, 537, 557, 558.
22. Hoffman L. Psicología del desarrollo. 6ª.ed. Cd. España: Editorial McGraw – Hill Interamericana, 1996, Pp. 90, 141-143, 165, 166.
23. Gálvez R, Piedrola G. Medicina preventiva y salud pública. 10ª.ed. Cd. Barcelona: Editorial Masson, 2001. Pp. 943, 944, 947-952.
24. Ward P, Eppley B, Schmelzeisen R. Maxillofacial Trauma and esthetic Facial Reconstruction. 1ª.ed. Cd. España: Editorial Elseiver, 2005. Pp. 3-14, 18.
25. Andreasen JO. Lesiones traumáticas de los dientes. 3ª.ed. Cd. España: Editorial Labor, 1984. Pp. 27, 31-35, 45.
26. Rodríguez E, Casasa R. Ortodoncia contemporánea. 1ª.ed. Cd. México: Editorial AMOLCA, 2005. Pp. 15.

27. Nicola P. Geriatria. 1ª.ed. Cd. México: Editorial Manual moderno, 1985. Pp.140-144.
28. Franks A, Hedegard B. Odontología geriátrica. 1ª.ed. Cd. España: Editorial Labor, 1976. Pp. 112-119, 147-151.
29. Adams D, Stafford G. Tratamiento odontológico del paciente geriátrico. 1ª.ed. Cd. México: Editorial Manual moderno, 1986. Pp. 63-70.
30. Strassburg M, Knolle G. Mucosa oral: atlas a color de enfermedades. 3ª.ed. Cd. España: Editorial Marban, 1996. Pp.686-689.
31. Salgado A, Guillén F. Manual de geriatría. 1ª.ed. Cd. España: Editorial Salvat, 1994. Pp. 231.
32. Ozawa J. Estomatología geriátrica. 2ª.ed. Cd. México: Editorial Trillas, 1994. Pp. 193-214.