



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL ANTE LA  
DEPRESIÓN DE LOS ADOLESCENTES.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

LILIANA YOSELIN RODRÍGUEZ SALOME

TUTORA: Mtra. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA

ASESORA: C.D. GUADALUPE CRUZ CHÁVEZ



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 Dios***

Por el don de la vida, por caminar a mi lado en todo momento, por darme las fuerzas necesarias para superar todas y cada una de las pruebas que ha colocado en mi camino por que gracias a esas pruebas me ha hecho más fuerte.

### ***A mis padres Filomeno Rodriguez y María Elena Salome.***

Papi, mami gracias por darme la vida, por cada uno de los momentos a su lado, sé que tal vez mi vida no fue como ustedes la habían planeado, pero siempre estaré agradecida por su inmenso apoyo, gracias por cada una de sus palabras de aliento y apoyo para concluir esta carrera, Dios los bendiga siempre.

Mamita gracias por ser mi luz cuando todo es oscuridad, gracias por ser mi mejor amiga, por esos consejos, por esos regaños por enseñarme que todo se puede en esta vida, te amo.

Papi gracias por ser mi príncipe, por ser ese hombre que ha sabido sacar adelante a su familia, siempre estaré orgullosa de ti, te amo.

### ***A mis hijos Ana Lilia y Ángel***

A quienes les he robado tiempo para hacer realidad este sueño.

Gracias por escogerme como su mamá, gracias por ser ese motor que me levanta día a día, por enseñarme que el amor a primera vista si existe, yo sé que he invertido parte de su tiempo en este sueño, pero créanme que es pensando en ustedes y por ustedes para poder ofrecerles un mejor futuro y para demostrarles que a pesar de que la vida nos ponga pruebas se puede salir adelante y cumplir los sueños, los amo tanto mis niños hermosos.

### ***A mi hermano el Dr. Juan Manuel Rodriguez.***

Hermano gracias por ser mi ejemplo a seguir, gracias por ser mi compañero de infancia, gracias por cada uno de los momentos a tu lado, por demostrarme que se puede salir adelante si uno a si lo desea.

### ***A mi Universidad Nacional Autónoma De México y a la Facultad de Odontología***

Por hacerme crecer en todos los aspectos de mi vida, por darme las herramientas para formarme como odontóloga, por poner a lo largo de la carrera a los mejores académicos para poder darme parte de su conocimiento.

***A mi tutora la Mtra. Rosina Pineda***

Doctora siempre estaré agradecida por su tiempo dedicado a este trabajo, gracias por ser mi inspiración para verme a futuro siendo una gran odontopediatra como usted lo es, gracias por ser una de las mejores académicas que la facultad de odontología puede tener, por regalarme parte de su tiempo y conocimiento, por ser tan entregada con cada uno de sus pacientes en la clínica, Dios la bendiga en todo momento.

***A mi asesora CD. Guadalupe Cruz***

Doctora gracias por su tiempo dedicado a este trabajo por darme parte de su conocimiento.

***A mi amigo Agustín***

Mi Angus gracias por esos momentos de alegría en la facultad por tus consejos y porras que me echabas cuando quería tirar la toalla, sé que este también era tu sueño convertirte en un cirujano dentista, pero la vida muchas veces nos tiene preparados otros planes, como a ti amigo que decidió convertirte en un ángel , hoy sé que los ángeles necesitaban un dentista allá arriba y sé que estas compartiendo mi alegría de llegar a esa meta que se veía inalcanzable , gracias por siempre cuidar de mí , algún día nos volveremos a ver te quiero mucho.

***A cada uno de mis compañeros***

Que he conocido a lo largo de esta carrera, me llevo un aprendizaje de cada uno de ustedes, gracias por compartir alegrías, tristezas por ser parte de mi familia universitaria.

***A cada uno de los pacientes***

Que colaboraron para formarme profesionalmente, por su tiempo y esfuerzo para llevar a cabo cada uno de los tratamientos.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>OBJETIVO</b> .....	7
<b>CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES</b> .....	8
1.1 Historia de la depresión.....	8
<b>CAPÍTULO 2 CONCEPTOS</b> .....	11
2.1 Salud.....	11
2.2 Salud bucal.....	11
2.3 Enfermedad.....	11
2.4 Educación.....	11
2.5 Educación para la salud.....	12
<b>CAPÍTULO 3 ADOLESCENCIA</b> .....	13
3.1 Características de la adolescencia.....	13
3.2 Etapas de la adolescencia.....	14
<b>CAPÍTULO 4 DEPRESIÓN</b> .....	15
4.1 Causas de la depresión .....	15
4.1.1 Ansiedad.....	15
4.1.2 Factores genéticos.....	15
4.1.3 Factores psicosociales.....	16
4.2 Grupos de riesgo.....	17
4.3 Tipos de depresión.....	18
4.4 Síntomas de la depresión.....	20

<b>CAPÍTULO 5 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN</b> .....	22
5.1 Fármacos empleados .....	22
5.2 Efectos secundarios de los fármacos en las estructuras bucales.....	24
<b>CAPÍTULO 6 LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL ANTE LA DEPRESIÓN DE LOS ADOLESCENTES</b> .....	27
6.1 Factores de riesgo a caries .....	28
6.1.2 Caries dental. ....	31
6.1.3 Enfermedad periodontal.....	32
6.2 Medidas preventivas para la salud bucal en el adolescente con depresión ....	33
6.2.1 Cepillo dental.....	34
6.2.2 Técnicas de cepillado.....	37
6.2.2.1 Técnica de Bass .....	38
6.2.2.2 Técnica de Bass modificada.....	39
6.2.2.3 Cepillado de lengua y paladar .....	40
6.2.3 Medios auxiliares de la higiene bucal .....	41
6.2.3.1 Hilo dental .....	41
6.2.3.2 Cepillo interdental.....	42
6.2.4 Dentífrico o pasta dental.....	44
6.2.5 Enjuagues bucales .....	47
6.3 Medidas de prevención .....	50
6.3.1 Aplicación tópica de flúor por el profesional .....	50
6.3.2 Selladores de fosetas y fisuras.....	55
<b>CAPÍTULO 7 MANEJO ODONTOLÓGICO EN EL ADOLESCENTE DEPRESIVO</b> .....	59
<b>CONCLUSIONES</b> .....	63
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	64

## INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de la Salud Mental (NIH) describe que la depresión es un problema de salud pública que ha adquirido gran importancia en los últimos años, en la adolescencia los síntomas de los trastornos depresivos representan un grave problema de salud pública.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la depresión en el adolescente se define como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades.

En México, estudios realizados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, demostraron que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas, durante las primeras décadas de vida, y que 2.0% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad. En la Encuesta Mexicana de Salud Mental Del Adolescente realizada en la Ciudad de México, se reportó que 10.5% de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad presentaron depresión mayor.

Respecto a la salud oral, la mayoría de los estudios que la relacionan con la depresión se centran en los efectos adversos de los fármacos antidepresivos y el desinterés para realizar una higiene oral apropiada, se ha observado que los antidepresivos tricíclicos como la imipramina y clomipramina, tanto por su acción anticolinérgica como por el efecto adrenérgico y serotoninérgico, alteran y disminuyen la saliva esto puede condicionar el desarrollo y presencia constante de procesos patológicos que afecten a los tejidos orales.

Al parecer, el real peligro de un alza de las enfermedades periodontales en los adolescentes depresivos puede ir más ligado a la alteración del ánimo que los lleva a provoca abandono de los hábitos de higiene oral.

El presente trabajo describe los tipos de depresión en los adolescentes, así como el manejo odontológico para controlar los factores de riesgo y poder prevenir la aparición de patologías. Estableciendo un plan de higiene estricto, con los medios auxiliares para la higiene bucal empleando las medidas preventivas para la salud. Esto ayudara a mejorar la salud y por ende la calidad de vida.

## **OBJETIVO**

Describir la educación para la salud bucal en adolescentes con depresión, para de esta forma disminuir los factores de riesgo que nos podrían llevar a las enfermedades bucales más frecuentes.

## CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES

### 1.1 Historia de la depresión

La depresión es la única alteración mental descrita claramente en la literatura poética y médica desde la antigüedad hasta nuestros días. Homero, Plutarco, Hipócrates y Areteo la describieron tan claramente y la distinguieron de entre otras alteraciones mentales, puntualizaron sus características y sugirieron esquemas razonables de tratamiento. Para el filósofo griego Hipócrates, padre de la medicina, este pensaba que para tener salud había que mantener en equilibrio los cuatro humores, según él eran la sangre, la flema, la bilis amarilla y la melancolía, que llamó así al unir los términos 'melan' (negro) y 'jole' (bilis). Un exceso de esta 'bilis negra' provocaba tristeza en el individuo. Hipócrates ya era por tanto consciente de que se trataba de una enfermedad.<sup>1, 2</sup>

Otro ilustre personaje de la cultura helénica, Aristóteles, estaba convencido de que la mayoría de los personajes relevantes padecían este problema.

Hipócrates aproximadamente en el año 450 A.deC. , acuñó el término melancolía (bilis negra) para denotar la depresión, siendo esta la primera alusión científica y describió las primeras referencias conceptuales y clínicas de esta enfermedad.<sup>2</sup>

En los albores del siglo XIX, Pinel, Esquirol, Falret, Baillager, conceptúan con mayor precisión este tipo de alteración, en la que Esquirol marca que la melancolía es un delirio parcial crónico sin fiebre; determinado y mantenido por una pasión triste, debilitante o depresiva. Hasta el siglo pasado el término melancolía es el habitual para referirse al síndrome depresivo.<sup>2</sup>

A finales del siglo XIX, Kraepelin (1896) en su tratado sobre las enfermedades mentales, agrupa y clasifica todos los síndromes depresivos. Fue el primero en considerar que la depresión y la manía formaban parte de una misma enfermedad.<sup>1</sup>

Mucho más tarde, durante el Renacimiento, André de Laurens, médico de la corte francesa en el siglo XVI, publica una obra muy importante, "Discurso sobre la conservación de la vista, las enfermedades melancólicas, los catarros y la vejez". El autor ha llegado a la conclusión de que la bilis negra puede llevar al hombre a un estado espiritual que le hace propenso al estudio de la filosofía y la poesía.<sup>1</sup>

Ya en el siglo XVII, el médico británico Thomas Willis se da cuenta de que la teoría de los cuatro humores se ha quedado desfasada. Llega a la conclusión de que provocan esta dolencia diversos procesos químicos del cerebro. En el siglo XVIII, en Inglaterra, se habla de depresión por primera vez. El médico de la corte y poeta Richard Blackmore escribe que estar deprimido supone padecer tristeza. El término se deriva de la palabra latina "premere", que significa "empujar hacia abajo". Hubo que esperar a finales del siglo XIX y principios del XX para que se empezara a estudiar en profundidad. Quienes empezaron a profundizar en la enfermedad fueron el alemán Emil Kraepelin y el austríaco Sigmund Freud, padre del psicoanálisis.<sup>1</sup>

Freud estaba convencido de que esta dolencia estaba motivada por el contraste entre el "ello" (la naturaleza salvaje básica del ser humano) y el "superyó" (las reglas sociales). Por su parte, Kraepelin estableció una clasificación de la enfermedad, que podía ser simple, confusa, grave o fantástica, entre otras modalidades. Pensaba que tenía causas orgánicas vinculadas a elementos hereditarios.<sup>2</sup>

En los 60 el estudioso americano Aarón T. Beck define que la depresión tiene su origen en problemas con el procesamiento de información mental. Cuando en los recuerdos absorbidos por el individuo predomina una visión negativa del mundo, puede aparecer la enfermedad.

A lo largo del siglo XIX iría evolucionando la comprensión del trastorno depresivo y sus mecanismos en un sentido clínico. Freud enmarcaría el trastorno en su modelo psicoanalítico. Emil Kraepelin por su parte, haría importantes aportaciones en el campo de la psicofarmacología, o el efecto de las drogas en el sistema nervioso.<sup>2</sup>

En el siglo XX se va profundizando en la comprensión de los mecanismos fisiológicos, bioquímicos y farmacológicos relacionados con la depresión. Uno de los grandes triunfos fue el desarrollo de la teoría de las monoaminas, según la cual la depresión está relacionada con déficits del neurotransmisor serotonina en los espacios sinápticos interneuronales.<sup>1</sup>

A mediados de siglo XX explosionaría la farmacología basada en principios psicoactivos diseñados para combatir la depresión. De los primeros antidepresivos IMAO (inhibidores de la MAO) y los tricíclicos aparecidos en los años cincuenta, pasaríamos a los IRSS (Inhibidores de la recaptación de serotonina), de los cuales forma parte el celeberrimo Prozac (fluoxetina), lanzado en 1987. Más tarde llegarían otros IRSS con creciente eficacia y efectos secundarios menores, como la paroxetina, la fluvoxamina, el citalopram o el escitalopram.

A lo largo del siglo XX el término "depresión" se divide en otros más específicos como "obsesión", "ansiedad", etc. Nació la biopsiquiatría, que estudia los mecanismos químicos y el funcionamiento de los neurotransmisores, como causantes de los trastornos del estado de ánimo.<sup>30</sup>

Ya en años más recientes el trastorno depresivo mayor fue descrito en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en el que se especifica que los dos principales trastornos de este grupo son el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar.<sup>2</sup>

## **CAPÍTULO 2 CONCEPTOS**

### **2.1 Salud**

Es el estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. OMS<sup>3</sup>

Salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de este medio.

Hernán san Martín la define como un estado variable fisiológico de equilibrio y de adaptación de todas las posibilidades humanas.

El concepto ecológico la define como el equilibrio dinámico con el ambiente, que ofrece las mejores posibilidades para el desenvolvimiento pleno de las capacidades.<sup>4</sup>

### **2.2 Salud bucal**

Salud bucal como un elemento esencial de la salud general y del bienestar, que impacta significativamente en la calidad de vida. OMS

La ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes. OMS<sup>5</sup>

### **2.3 Enfermedad**

Cualquier estado que perturba el funcionamiento físico o mental de una persona y afecta su bienestar, es la pérdida del equilibrio dinámico que mantiene la composición, estructura o función del organismo. <sup>7</sup>

### **2.4 Educación**

Educación es el estudio y la práctica de enseñanza y aprendizaje, que se interesa en los tres dominios de aprendizaje: cognoscitivo, afectivo y psicomotor. <sup>6</sup>

Transmisión de conocimientos a una persona para que esta adquiera una determinada formación.<sup>7</sup>

## 2.5 Educación para la salud

La educación para la salud es cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar las adaptaciones voluntarias de la conducta, que conduzca a la salud.

Es una creación humana, que está restringida al proceso de la presentación de información y de experiencia educacionales hechas para influenciar la conducta de manera que sean benéficas para la salud.<sup>7</sup>

## CAPÍTULO 3 ADOLESCENCIA

### 3.1 Características de la adolescencia

Adolescencia, del latín *adolescere* (crecer) que es lo que define al adolescente el crecimiento físico y psicológicamente.

Se define a la adolescencia como el periodo de desarrollo, entre infancia y edad adulta, este inicia con los cambios que se relacionan con la pubertad y termina con la adquisición de los roles y responsabilidades del adulto. Las complejas interacciones entre el desarrollo físico, mental, emocional, y social, y los rápidos cambios marcan este periodo como una etapa de la vida única y crítica del adolescente.

La organización mundial de la salud considera adolescentes a los individuos de 10 y 19 años de edad.<sup>8</sup>

Las características de la adolescencia en el aspecto del comportamiento en el adolescente son universales, como: experimentación frecuente de fases de desequilibrio e inestabilidad extrema; búsqueda de sí mismos y de la identidad, separación progresiva de los padres; tendencia grupal; necesidad de intelectualizar y fantasear, evolución de la sexualidad; crisis religiosa; actitud social reivindicatoria; constantes fluctuaciones de humor; manifestaciones de conducta contradictorias.

La adolescencia comprende una fase peculiar del desarrollo humano: la transición entre la infancia y la vida adulta. En ese periodo ocurren innumerables y rápidos cambios sociales, emocionales, físicos, biológicos y psicológicos. Es una etapa en la que son revistos y consolidados valores y actitudes, cuando el joven se siente adulto y se entristece cuando es tratado como niño y, al mismo tiempo, esta angustiada cuando se siente niño y le son exigidos comportamientos adultos.<sup>8,14</sup>

### 3.2 Etapas de la adolescencia

Se reconocen tres estados de la adolescencia; estos establecen un marco útil para valorar el estado de desarrollo de la persona joven.

**1.** Adolescencia temprana (10 a 14 años). Los problemas predominantes son la nueva sensación corporal de la pubertad y la preocupación acerca de la normalidad, ambos sexos comienzan una independencia importante; son frecuentes la actividad física exagerada soñar despiertos y cambios de humor.

**2.** Adolescencia media (14 a 17 años). El mayor conflicto está en relación con la independencia; ambos grupos comienzan con conductas estándares como restar autoridad a los padres; se disfruta de poderes intelectuales nuevos y una fantasía rica de la vida, los esfuerzos por establecer un rol sexual funcional tienen una característica narcisista.

**3.** Adolescencia tardía (17 a 20 años). Se enfatiza en la definición de roles en términos de trabajo, estilo de vida y planes de relaciones; deben establecerse un cierto grado de emancipación, una imagen corporal realista y un rol de género agradable; las relaciones ahora tienden a comprender cuidado y responsabilidad mutuos.<sup>8</sup>

## CAPÍTULO 4 DEPRESIÓN

### 4.1 Causas de la depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. OMS <sup>1</sup>

La depresión es el resultado de un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales. Sus causas son:

#### 4.1.2 Ansiedad

Estado desagradable semejante al miedo cuando no hay ninguna situación manifiesta aparente de peligro. Es una situación de aprensión, anticipación o temor al posible peligro.

Tres cuartas partes de los pacientes con depresión se refieren ansiosos preocupados o temerosos, en la depresión la ansiedad puede presentarse en forma de expresiones faciales angustiadas; morderse los labios; morderse los dedos, uñas o ropa; retorcerse las manos; ir y venir de manera constante e incapacidad para sentarse tranquilamente.<sup>9</sup>

#### 4.1.3 Factores Genéticos

Los datos indican que un factor genético está implicado claramente en el desarrollo de los trastornos del estado de ánimo, aunque el patrón de transmisión genética sigue mecanismos complejos. No sólo resulta imposible excluir los efectos psicosociales, no genéticos los cuales, probablemente desempeñan un papel causal de estos trastornos, al menos en algunas personas. El componente genético desempeña un papel más importante en la transmisión del trastorno bipolar I, que en la del trastorno depresivo mayor.<sup>1</sup>

Los estudios familiares han confirmado de manera repetida que los familiares de primer grado de los pacientes con un trastorno bipolar I, tienen una probabilidad de sufrir este trastorno entre 8 y 18 veces superior a la de los familiares de primer grado de sujetos control y de 2 a 10 veces más de padecer un trastorno depresivo mayor. Estos estudios

también han encontrado que la probabilidad de que los familiares de primer grado de sujetos con un trastorno depresivo mayor padezcan un trastorno bipolar I es de 1.5 a 2.5 veces superior a la de los familiares de primer grado de sujetos control y es de dos hasta tres veces más probable que sufran un trastorno depresivo mayor. También han señalado que la probabilidad de sufrir trastornos del estado de ánimo decrece a medida que se aleja el grado de parentesco. La heredabilidad del trastorno bipolar también ha sido corroborada por el hecho de que el 50% de los pacientes con este trastorno tienen por lo menos un familiar con un trastorno del estado de ánimo, generalmente un trastorno depresivo mayor. Si uno de los padres sufre un trastorno bipolar I, existe una Probabilidad del 25% de que alguno de los hijos sufra un trastorno del estado de ánimo; si ambos padres padecen un trastorno bipolar I, existe una probabilidad del 50 al 75% de que su hijo desarrolle un trastorno un trastorno del estado de ánimo.<sup>1</sup>

Los estudios con gemelos han mostrado que la tasa de concordancia entre gemelos monocigóticos para el trastorno bipolar oscila entre el 33% y el 90%, dependiendo de cada estudio en particular; para el trastorno depresivo mayor, la concordancia entre gemelos monicigóticos es aproximadamente de un 50%. En contraste, la concordancia entre gemelos dicigóticos oscila entre el 5% y el 25% para el trastorno bipolar I, y entre el 10% y el 25% para el trastorno depresivo mayor.<sup>1</sup>

#### 4.1.4 Factores Psicosociales

Una observación clínica clásica, reiteradamente confirmada, indica que los acontecimientos estresantes preceden con más frecuencia a los primeros episodios de trastornos del estado de ánimo que a los episodios posteriores. Esta asociación se ha puesto de manifiesto tanto en el trastorno depresivo mayor como en el trastorno bipolar I. Una de las teorías propuestas para explicar esta observación es que el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral. Estos cambios de larga duración pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intraneuronales y una disminución exagerada de conexiones sinápticas. Como consecuencia, la persona resulta más vulnerable para sufrir episodios posteriores de trastornos del estado de ánimo, incluso sin factores estresantes externos.<sup>1</sup>

Algunos clínicos están convencidos de que los acontecimientos vitales desempeñan un papel esencial o primario en la depresión; otros sugieren que estos acontecimientos tienen sólo un papel relativo en el inicio y en la temporalización del trastorno. Los datos más convincentes indican que el acontecimiento vital más frecuentemente asociado al desarrollo posterior de una depresión es la pérdida de uno de los progenitores antes de los 11 años. El factor estresante ambiental más relacionado con el inicio de un episodio depresivo en la adolescencia es la pérdida del cónyuge o pareja emocional.

Algunos artículos teóricos y numerosos estudios de caso se han interesado por la relación entre el funcionamiento familiar y el inicio y curso de los trastornos del estado de ánimo, en particular el trastorno depresivo mayor. Algunos trabajos indican que la psicopatología observada en la familia cuando un paciente diagnosticado es sometido a tratamiento, tiende a permanecer tras la recuperación del paciente.

Además, el grado de Psicopatología en la familia puede afectar a la tasa de mejoría, las recaídas y la adaptación tras la recuperación del paciente. Los datos clínicos recalcan la importancia de evaluar la vida familiar del paciente e identificar los posibles factores estresantes relacionados con el entorno familiar.<sup>1</sup>

#### 4.2 Grupos de riesgo

Esta enfermedad afecta a un 10% de los hombres y a un 20% de las mujeres en algún momento de la vida. En un periodo determinado, alrededor del 2.5% de los hombres y del 8% de las mujeres se encuentran deprimidos en forma activa (prevalencia de punto). Se observan síntomas depresivos significativos hasta en el 36% de todos los pacientes clínicamente enfermos. Aquellos que sufren demencia, diabetes, afección cardíaca e insuficiencia renal, cáncer presentan tasas especialmente altas de depresión.

Las personas deprimidas presentan más enfermedades médicas que aquellos sin este trastorno y hacen uso de los servicios médicos en mayor proporción. El pronóstico en pacientes que tienen varias enfermedades, es menos halagador entre los pacientes que padecen depresión. Además, la depresión puede conducir a una importante morbilidad psicosocial con un menor funcionamiento en roles ocupacionales.<sup>9</sup>

### 4.3 Tipos de depresión

**1. Leve:** en el cual el paciente consulta por la falta de ánimo (“no tener ganas”), irritabilidad, desconcentración, dolores somáticos y alguna noche ve alterado el sueño, pero 1 a 2 veces por semana. La ansiedad está presente en la mayoría de los casos y contribuye al malestar general. El paciente con síndrome depresivo leve funciona de forma más o menos adecuada.

Al examen mental el paciente no parece francamente distinto a una persona sana, el relato de sus molestias es coherente y se advierte que le está causando alguna dificultad en su vida cotidiana; el paciente no se explica lo que le pasa y siente que sus problemas de vida no son suficientes como para desencadenar un estado tan desagradable. Los pacientes con depresión leve pueden recibir sólo apoyo psicológico individual o grupal, reevaluando en cualquier momento la decisión de usar antidepresivos.<sup>1</sup>

**2. Moderado:** El paciente tiene los mismos síntomas antes mencionados, pero más agravados: el desánimo es más intenso y comienzan a aparecer de preferencia por la mañana después de una noche con sueño regular. En la semana no tiene deseos de cumplir obligaciones, las tareas habituales las enfrenta con pesimismo y cansancio anticipado. Las alteraciones del sueño son mayores y ocurren la mayoría de los días de la semana, incluso los fines de semana. El sueño no es reparador, en sus momentos de insomnio está lleno de pensamientos sombríos y pesimistas sobre lo que le espera para el día siguiente o en el futuro cercano.

Aparecen trastornos de los ciclos biológicos, existe un aumento o una disminución del apetito, lo que suele reflejarse en el peso. Aparecen todo tipo de quejas somáticas, dolores musculares, sensación de tensión, constipación, se alteran los ciclos menstruales, incluso hay amenorrea, se pierde la capacidad de goce, se abandonan las actividades placenteras, se instala un desinterés casi absoluto por prácticamente todas las cosas, incluyendo la actividad sexual.<sup>1</sup>

Existe una mayor pérdida de concentración y memoria, de hecho, los pacientes consultan al médico por la pérdida de memoria para descartar una posible Enfermedad de Alzheimer. Los pensamientos son cada vez más pesimistas y se entra en un estado de gran desvalorización,

aparecen ideas de culpa en forma exagerada. Al examen se observa un paciente enlentecido, aspecto angustiado, pero conservando un aspecto limpio, las mujeres se encuentran maquilladas y tienden al llanto si se hablan temas especiales, su voz es monótona, de bajo volumen, se fatiga con facilidad y es capaz de cometer errores en tareas que requieren alerta y concentración, tienen ideas vagas de morir. Es importante destacar que muchos cuadros depresivos cursan con gran angustia. Los pacientes depresivos muy angustiados tienen mayor riesgo suicida. Los pacientes con depresión moderada deben recibir tratamiento farmacológico con antidepresivos y seguimiento por un mínimo de seis meses, optando por apoyo psicosocial individual y/o grupal.<sup>1</sup>

**3. Severo:** los síntomas antes mencionados se agravan aún más: el paciente pasa noches sin dormir, tiene una baja de peso notoria, la falta de ánimo y energía llegan a perturbar funciones muy básicas como el cuidado personal e incluso su higiene y puede confesar que hace mucho tiempo que no se baña.<sup>1</sup>

Existen tres elementos para considerar un trastorno depresivo como grave:

**a. Riesgo suicida:** puede haber ocurrido algún intento más o menos serio que no lo llevó a cabo o el paciente puede confesar que desea la muerte como única salida a la situación que le aqueja.

**b. Delirio:** tiene los mismos contenidos que las ideas pesimistas y de culpa ya presentes. El delirio es una idea de certeza que no necesita comprobación, que resiste el enfrentamiento lógico y suelen estar fuera de las normas culturales. Es común que el paciente sienta que está “podrido por dentro”, delirios de culpa, delirios de ruina, de haberlo perdido todo.

**c. Alteraciones sensoriales:** presenta alucinaciones auditivas, con mayor frecuencia el paciente escucha voces que son angustiantes, pueden reírse de él o culparlo incluso inducirlo al suicidio. Los pacientes con diagnóstico de depresión severa deben ser derivados con urgencia al nivel secundario para tratamiento con el especialista.<sup>1</sup>

#### 4.4 Síntomas de la depresión

- ◆ Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío.
- ◆ Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo.
- ◆ Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia.
- ◆ Irritabilidad, inquietud.
- ◆ Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales.
- ◆ Fatiga y falta de energía.
- ◆ Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones.
- ◆ Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado.
- ◆ Comer excesivamente o perder el apetito.
- ◆ Pensamientos suicidas o intentos de suicidio.
- ◆ Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza.
- ◆ Cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.
- ◆ Deterioro en su imagen personal.<sup>1,28</sup>

En diversos estudios se ha distinguido a los sujetos deprimidos que tienen retraso psicomotor, ansiedad y en ocasiones pensamiento delirante. La cantidad y gravedad de los síntomas somáticos generalmente se incrementan con la gravedad de la depresión.<sup>9</sup>

La depresión ocurre a cualquier edad y puede manifestarse con síntomas primarios que no abarcan cambios manifiestos del estado de ánimo, si no se aplica tratamiento al episodio depresivo puede resolverse de manera espontánea durante un periodo de semanas o meses, o volverse crónica y conservarse sin cambios en esencia durante varios años. La duración promedio de los casos tratados es aproximadamente de 20 semanas.<sup>9,29</sup>

## CAPÍTULO 5 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

El tratamiento de adolescentes deprimidos combina psicoterapia individual, orientación o terapia familiar y, en algunos casos, fármacos. En general la psicoterapia es el tratamiento inicial. No obstante, si la depresión no responde, si los síntomas son graves, o si existe evidencia de rasgos bipolares o psicóticos, está indicado el empleo de antidepresivos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son los más eficaces.<sup>9</sup>

### 5.1 Fármacos empleados.

Los primeros antidepresivos que mostraron eficacia fueron *imipramina*, *amitriptilina*, sus derivados N-demetílicos y otros compuestos semejantes, y desde principios de 1960 se han utilizado con gran amplitud en el tratamiento de la depresión.<sup>12</sup>

#### Existen cuatro categorías principales de medicamentos:

##### ◆ Antidepresivos heterocíclicos (AHC).

Mecanismo de acción: bloqueo de la recaptación de noradrenalina y/o serotonina por parte de la neurona presináptica, aumentando la biodisponibilidad de estos neurotransmisores.

Efectos secundarios: sequedad bucal, constipación, visión borrosa, retención urinaria, sedación, hipertensión, vértigo, taquicardia. (figura.1)<sup>12</sup>



Figura. 1 Antidepresivos heterocíclicos.

◆ Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).

Mecanismo de acción: inhibe a la enzima monoaminoxidasa impidiendo la degradación oxidativa de la noradrenalina y serotonina tanto a nivel central como periférico, aumentando su concentración a nivel neuronal y con ella potenciando su efecto.

Efectos secundarios: sequedad bucal, dolor de cabeza, náuseas, vomito, taquicardia. (figura .2)<sup>12</sup>



Figura.2 Antidepresivo

◆ Sales de litio.

Mecanismo de acción: bloquea la liberación de dopamina y la hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos. También actúa sobre la Noradrenalina, acetilcolina y serotonina, estabilizando el estado de ánimo

Efectos secundarios: sequedad bucal, náuseas, mareos, dolor de cabeza, alteración del funcionamiento de la tiroides y el riñón. (figura.3)<sup>12</sup>



Figura. 3 Sales de litio.

◆ Tranquilizantes benzodiacepínicos (Diazepam o Lorazepam)

Mecanismos de acción: facilita la neurotransmisión fisiológica de Carácter inhibitor mediada por GABA en distintas zonas del sistema nervioso central provocando un efecto ansiolítico, sedante, anticonvulsivante miorrelejante.

Efectos secundarios: sedación, somnolencia, diarrea, vómito, vértigo, hipotensión.<sup>12</sup> (figura.4)<sup>12</sup>



Figura. 4 Tranquilizantes Diazepam, Lorazepam.

## 5.2 Efectos secundarios de los fármacos en las estructuras bucales

La mayoría de los fármacos antidepresivos, así como otras drogas usadas en el manejo de los cuadros depresivos son hiposalivantes. La disminución del flujo salival produce alteraciones en los tejidos blandos y duros de la cavidad oral.<sup>13</sup> Las principales patologías que se han descrito asociadas a la xerostomía son las caries dentarias, la candidiasis oral y en algún grado la gingivitis y periodontitis. Adicionalmente, estas patologías pueden verse relacionadas por el abandono de los hábitos de higiene oral, debido a las alteraciones del ánimo de los pacientes. Algunas de estas infecciones bucales pueden en ocasiones comprometer gravemente la salud general. Dado el mayor riesgo de los pacientes con xerostomía de desarrollar patologías orales, y sus eventuales consecuencias en la salud general, como a nivel del estado psicológico de los pacientes, es que resulta importante reducir en lo posible la incidencia de estas patologías orales en pacientes depresivos, principalmente aquéllos en tratamiento con psicofármacos hiposalivantes.<sup>13</sup>

Los antidepresivos tricíclicos como la imipramina y clomipramina por su acción anticolinérgica y por el efecto adrenérgico y serotoninérgico alteran y disminuye la saliva. Los antidepresivos conocidos como inhibidores de la recaptación de la serotonina (como la fluoxetina) también poseen, en menor grado, cualidades hiposalivantes. Otras drogas, como el neuroléptico haloperidol y tioridazina, son también potentes generadores de hiposialia.<sup>15</sup>

Algunos autores utilizan los términos de xerostomía e hiposialia, la distinción semiológica de que la hiposialia es la disminución del flujo salival propiamente tal, es decir, el signo, mientras que la xerostomía es la sensación de boca seca, es decir, el síntoma. En la mayoría de los casos signo y síntoma se dan concomitantemente. Se considera a un paciente como xerostómico si su flujo salival no estimulado desciende a menos de 0,1 ml por minuto. Sin estimulación, el flujo normal de saliva va de 0,3 a 0,5 ml por minuto.<sup>13</sup>

El aumento de la población de *Candida albicans* en el ecosistema bucal, que se produce frecuentemente en pacientes afectados por hiposialia, puede desencadenar el establecimiento de una candidiasis oral.

En algunos pacientes es asintomática, mientras en otros cursa con ardor y mal sabor de boca.

Los labios también pueden resentirse a causa de la escasez de saliva. Algunos pacientes pueden quejarse de sensación de labios secos o partidos. Las comisuras pueden verse afectadas, fisurándose e inflamándose, en una reacción denominada queilitis angular (popularmente conocidas como "boqueras"), que cursa con descamación y se infecta frecuentemente con *Candida albicans*. Por esta razón, muchos autores clasifican la queilitis angular dentro de las candidiasis orales crónicas.<sup>15</sup>

Probablemente el efecto más nefasto y notorio que puede generar una hiposialia es el aumento en la incidencia de caries. Esta enfermedad infectocontagiosa es causada principalmente por el *Streptococcus mutans*, que se instala precozmente en la primera infancia, se organiza junto a otras bacterias como placa bacteriana, y genera la infección crónica que se conoce bajo el nombre de caries dental.

En un comienzo la lesión es asintomática, pero cuando alcanza la dentina se hace dolorosa frente a estímulos térmicos u osmóticos (como los alimentos dulces). Posteriormente se agregan otras especies bacterianas (como el

lactobacillus acidophilus), lo que complica el cuadro. Cuando alcanza la pulpa, normalmente se produce progresivamente la necrosis séptica de ésta, pudiendo la infección diseminarse hacia el hueso o hacia los tejidos blandos de la cara.

Las enfermedades del periodonto constituyen otra amenaza para los pacientes hiposíalicos. El periodonto comprende los tejidos que rodean directamente a la pieza dentaria, que lo sostienen y lo protegen. La falta de higiene favorece el asentamiento y proliferación de diversos tipos de bacterias patógenas en la zona inmediatamente superior al margen de la encía sobre los dientes, y en el pequeño surco de aprox. 2 mm que se forma al replegarse la encía sobre la pieza dentaria (denominado surco gingivodentario). Estas causan una infección crónica inespecífica denominada gingivitis, que se advierte clínicamente como un enrojecimiento y aumento de volumen de la encía. La agregación de depósitos calcificados en el cuello de las piezas dentarias, conocido como cálculo o sarro dental, agrava el cuadro. La pérdida de inserción no tarda en ser acompañada por una reabsorción del hueso alveolar, lo que hace perder soporte al diente, registrándose un aumento de la movilidad dentaria.<sup>15</sup>

## **CAPÍTULO 6 LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL ANTE LA DEPRESIÓN DE LOS ADOLESCENTES**

Los adolescentes están expuestos a varios factores que aumentan el riesgo a padecer problemas bucales, como presentar inflamaciones e infecciones, problemas con la higiene y cuidados personales. La falta de atención odontológica es un factor agravante. La adolescencia inicial es el periodo en que ocurre la mayoría de los cambios dentarios, los cuales son acompañados por varias alteraciones en la cavidad bucal, como modificaciones en la saliva, retención de alimentos y dificultad de higiene bucal, propiciando así el desarrollo de enfermedades bucales. Y más aún si el adolescente cursa por la enfermedad de la depresión.

Es importante que los adolescentes con depresión estén enterados de las alteraciones que están ocurriendo en su cavidad bucal. Pertenece al cirujano dentista orientarlos y ayudarlos a superar sin mayores daños ese periodo considerado de alto riesgo para la aparición de las enfermedades bucales, principalmente la caries y enfermedad periodontal.<sup>14</sup>

Para sensibilizar a los pacientes adolescentes depresivos sobre la salud bucal, necesitamos usar lenguaje específico y trazar un plan de tratamiento que considere sus anhelos, propios de la fase por la cual están pasando.

El abordaje psicológico adecuado al adolescente depresivo requiere por parte del odontólogo, empatía, gusto y habilidad para trabajar con jóvenes, la estabilidad emocional y conocimiento de las características de esta fase de desarrollo, además de actitud de respeto.

En ese sentido, una actitud de respeto implica delicadeza, paciencia, tranquilidad, tolerancia, interés, comprensión, seguridad, honestidad y creatividad al lidiar con los adolescentes.

Asumir una postura crítica, de superioridad e intimidación en nada ayudará en la aproximación con nuestro adolescente, al cual necesitamos conquistar para motivarlo en relación a la salud bucal. Por el contrario, al atender adolescentes depresivos, es necesario que estemos abiertos para cuestionamientos y preparados para aclarar dudas y curiosidades.<sup>14</sup>

El adolescente depresivo solo se comprometerá con el tratamiento odontológico si los argumentos del cirujano dentista fueran validos según sus valores. Así, todas las oportunidades deben ser aprovechadas en el sentido de ganar al paciente, desde la optimización del dialogo por medio de un vocabulario adecuado, pasando por el empleo de técnicas de gerencia comportamental (modelado, relajamiento muscular, decir-mostrar-hacer).

El desafío de atender adolescentes depresivos no está asociado a los procedimientos clínicos en sí, sino a la adaptación a los frecuentes cambios resultantes de un periodo de crecimiento y desarrollo cognitivo, emocional, y psicosocial.

La manera como el profesional de la salud aborda inicialmente al adolescente depresivo puede determinar el éxito o fracaso del tratamiento.<sup>14</sup>

Las cuestiones odontológicas más comunes en los adolescentes depresivos son: caries dental, alteraciones gingivales y periodontales.

## 6.1 Factores de riesgo a caries

Los factores de riesgo, son características que le confieren al individuo cierto grado de susceptibilidad para contraer la enfermedad o alteración de la salud bucal. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden utilizarse como ventajas en la prevención.

Existen múltiples factores vinculados con el riesgo contra la caries dental, entre ellos tenemos: los microbiológicos, los relacionados con la actividad previa de caries, con la higiene bucal, con las características macroscópicas y microscópicas del esmalte dental, con los patrones dietéticos, con las propiedades y funciones de la saliva, con el estado sistémico y con la situación socioeconómica.<sup>14,35</sup>

**Mala higiene bucal:** la higiene bucal es la clave de la prevención de la caries y la base del éxito del tratamiento de la gingivitis. Muchos de los fracasos del control de las 2 grandes enfermedades producidas por la placa bacteriana, pueden atribuirse a la higiene inadecuada. Por otra parte, la edad de la placa tiene un efecto significativo sobre la producción ácida. Las placas viejas tienen una mayor habilidad para disminuir el PH a partir de soluciones de azúcar, que las placas recientemente formadas. Con tan sólo una mejoría

respeto a la higiene bucal se evitaría el factor de riesgo relacionado con la cantidad de placa bacteriana.

**La dieta:** representa un factor relacionado al aumento en el incremento de caries durante la adolescencia, pues el adolescente ya escoge libremente su alimentación y, en general, su opción no es muy agradable.<sup>14</sup>

La frecuencia de la ingesta de alimentos cariogénicos sobre todo entre comidas, tiene una fuerte relación con el riesgo de caries, pues favorece cambios en el pH y alarga el tiempo de aclaramiento oral lo que incrementa la probabilidad de desmineralización del esmalte.

Respecto a la consistencia y aclaramiento oral se han observado que algunos alimentos, aún con un alto contenido de azúcar, pueden tener mayor solubilidad y son más rápidamente eliminados de la cavidad oral, mientras que alimentos con un alto contenido en almidón (pan, cereales, patatas) pueden incrementar la producción de ácidos y es más lenta su eliminación de la cavidad oral.

Es aconsejable evitar el picoteo entre comidas y limitar el consumo de azúcares a las horas de las comidas, donde el flujo salival es mayor y permite un rápido aclaramiento oral de los mismos. Este periodo de aclaramiento dependerá de la consistencia de los alimentos y la solubilidad de las partículas, además de otras características individuales como la masticación, cantidad y características de la saliva. Es, pues muy importante limitar la frecuencia en la ingesta de carbohidratos cariogénicos fuera de las comidas. Los alimentos que contienen entre un 15 y un 20% de azúcares, especialmente sacarosa, son de los más cariogénicos, sobre todo, si se toman entre comidas. Existen otros carbohidratos como la fructosa, con mayor poder edulcorante que la sacarosa completa, pero con menor poder cariogénico.

En adolescentes es importante reducir el consumo elevado y/o frecuente de bebidas azucaradas, pues supone un factor particular asociado al desarrollo de caries en los dientes.

Puesto que la dieta es un factor determinante en el desarrollo de la caries, es preciso dar una información adecuada a los adolescentes se aconseja el uso de edulcorantes artificiales como el xilitol, sorbitol si el adolescente no presenta alergia a estos productos.<sup>15</sup>

No hay que olvidar que un incremento en azúcares no solo supondrá un mayor riesgo de caries sino también un riesgo incrementado a padecer obesidad.<sup>14,35</sup>

**Disminución del flujo salival:** la saliva es un fluido complejo muy importante en las funciones de la cavidad bucal.

Un flujo salival reducido es otro factor que incrementa el riesgo de caries dental. Este hecho puede producirse por la existencia de problemas médicos, como por ejemplo el uso de medicamentos que como efecto secundario tengan la disminución del flujo salival, percances de tipo local glandular o radiaciones en la cabeza y el cuello en sesiones de radioterapia o quimioterapia.

La viscosidad salival aumentada, resultado de la unión de glicoproteínas de alto peso molecular fuertemente hidratadas reforzada por el ácido siálico, al igual que otras aglutininas salivales, favorecen la adhesión del *S. mutans* a las superficies dentales, además la viscosidad excesiva es menos efectiva en el despeje de los carbohidratos lo cual favorece a que la disminución del flujo salival sea un factor de riesgo alto en la cavidad oral.

#### **Características macroscópicas y microscópicas del esmalte:**

La resistencia del esmalte es otro de los factores que se toma en cuenta como factor de riesgo asociado con caries. La resistencia del esmalte dental a la desmineralización ácida está condicionada por la velocidad de difusión de los ácidos (permeabilidad) y la velocidad de disolución de los cristales que conforman los prismas. La velocidad con que difunden los ácidos al interior del esmalte está en relación con el número y tamaño de los poros y la composición mineral de la solución en ellos contenida; la velocidad de disolución de los cristales depende de la composición mineral y química del esmalte y de características macro y micro estructurales.<sup>15</sup>

**Caries previa:** se ha obtenido correlación significativa entre la experiencia previa de caries en dentición temporal, dentición permanente o ambas con la actividad posterior de caries. Los adolescentes con experiencia anterior de caries tienen una mayor predisposición a padecer la enfermedad en años posteriores que aquellos que están libres de ellas, y requieren una terapia preventiva mayor para evitar el desarrollo de futuras lesiones. La experiencia anterior de caries será el mejor predictor para ser un factor de riesgo.<sup>15</sup>

**Situación socioeconómica:** el estado socioeconómico se ha asociado con caries dental, pues en un nivel socioeconómico bajo no se tienen los recursos necesarios para poder adquirir los medios auxiliares para la higiene bucal. <sup>15</sup>

### 6.1.2 *Caries dental*

Enfermedad infecto - contagiosa que produce desmineralización de la sustancia inorgánica y desnaturalización de la sustancia orgánica.

Secuencia de procesos de destrucción localizada en los tejidos duros del diente que evoluciona en forma progresiva e irreversible. La misma comienza en la superficie y luego avanza en profundidad.

La adolescencia es un periodo el que existe mayor actividad de caries debido al aumento de la ingesta de carbohidratos y falta de atención a la higiene oral además si el adolescente presenta alguna alteración de salud en este caso la depresión. Hay aumento en la incidencia de lesiones cariosa, lo que está fuertemente relacionado a los cambios físicos, psicológicos y sociales inherentes al periodo.

Es común que el adolescente muestre abandono con los autocuidados: al resistir a los cambios de su cuerpo, muchas veces el adolescente evita el contacto con él y, así acaba por descuidar la apariencia, la alimentación, la salud general y, consecuentemente la salud bucal.

Cuando los adolescentes presentan depresión esto dificulta la motivación para actitudes preventivas, una vez que ellos solo se preocupan y se interesan por el tiempo presente. Además, los adolescentes no se consideran susceptibles a enfermarse, de forma que es necesario evidenciar cualquier vulnerabilidad para estimular la prevención.

La mayoría de estudios con adolescentes han demostrado que los jóvenes poco saben sobre la relación entre una higiene bucal adecuada y la salud de sus dientes más aún si presentan la depresión no le tomaran la importancia necesaria. La dieta representa justamente uno de los factores relacionados al aumento en el incremento de la caries dental durante la adolescencia. <sup>14</sup>

El éxito del tratamiento de la caries en los adolescentes envuelve el control de la dieta, de la higiene, el tratamiento de las lesiones existentes y el refuerzo contante de las orientaciones en la consulta. Es importante el empleo de edulcorantes artificiales como el xilitol ya que retarda la reorganización de las bacterias disminuyendo a si los procesos de desmineralización del esmalte.

El uso del régimen que incluye simultáneamente varias medidas preventivas (refuerzo de la higiene bucal, asesoramiento dietético, uso de dentífricos) parece ser capaz de reducir significativamente el incremento de la caries entre adolescentes.<sup>14</sup>

### *6.1.3 Enfermedad periodontal*

*La Gingivitis:* es una alteración inflamatoria del periodonto de protección, en el que la unión del epitelio permanece en su sitio y no se produce pérdida de soporte periodontal, causada por el acumulo de biofilm sobre la superficie de los dientes junto al margen gingival, son muy comunes en la adolescencia, por una mala higiene bucal.<sup>14,17</sup>

Una forma más agresiva de la gingivitis en la adolescencia, la GUNA (gingivitis ulcero necrotizante aguda), es una infección aguda desencadenada por stress u otro factor que disminuya la resistencia del organismo con la acción de las bacterias. Principalmente afecta las papilas interdetales, las cuales sufren necrosis. provoca mucho dolor, sangrado gingival y halitosis.

La gingivitis durante la adolescencia es también conocida como gingivitis puberal, por tener su manifestación exacerbada por los cambios hormonales. El tratamiento de la gingivitis puberal es local, por medio de un riguroso control de placa por el cepillado y el uso de hilo dental, además de la intervención profesional. Varios estudios verificaron un incremento en la gingivitis durante la adolescencia, y reforzaron la necesidad de motivar y educar a los adolescentes para los cuidados con la salud bucal.

*La Periodontitis:* es una inflamación del periodonto acompañada de pérdida de inserción, poco frecuentes en la adolescencia, destacadas por su agresividad y por su carácter destructivo, provocando pérdida de inserción irreversible, llagando hasta pérdida dentaria.<sup>14,17</sup>

La periodontitis agresiva precoz es aquellas que se inicia durante la infancia y adolescencia. Las formas más destructivas son difíciles de tratar, necesitando de intervención profesional específica, antibioticoterapia y rígido control posterior.<sup>14</sup>

Los casos más graves de periodontitis durante la adolescencia están generalmente asociados a enfermedades sistémicas y psicológicas. Así, las condiciones sistémicas y psicológicas que predisponen a las enfermedades periodontales deben ser diagnosticadas lo más tempranamente posible y tratarlas antes de que sus manifestaciones puedan comprometer el periodonto. La primera señal clínica de la enfermedad periodontal es el sangrado gingival, en casos más leves, observamos sangrado bajo estimulación y en casos más severos el sangrado puede ser espontaneo.

Además del sangrado gingival, son señales y síntomas de enfermedad periodontal: halitosis, movilidad, y sensibilidad dental, además hiperplasia gingival. Es importante que el clínico que atiende al adolescente esté atento a esas características y realice periódicamente exámenes radiográficos para la evaluación de pérdida ósea y sondaje periodontal para detectar pérdida de inserción, posibilitando un diagnóstico correcto y, consecuentemente, el establecimiento del tratamiento adecuado.

La gingivitis y la periodontitis son consecuencias del desequilibrio entre la microbiota y la respuesta del hospedero, y pueden ser por factores hormonales y emocionales, factores constantemente presentes en la adolescencia.<sup>14</sup>

## 6.2 Medidas preventivas para la salud bucal en el adolescente con depresión

Prevención: preparación o disposición para evitar un riesgo.<sup>7,33</sup>

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

Por eso es fundamenta eliminarla a través de los siguientes métodos:

1. Cepillado de dientes, encía y lengua.
2. Uso de medios auxiliares: hilo dental, cepillos interdetales.
3. Pastas dentales o dentífrico.<sup>7</sup>

La odontología preventiva es el principio básico en el cual debe fundamentarse toda la atención de la cavidad oral.<sup>23</sup> El objeto primordial consiste en ayudar al adolescente depresivo a mejorar los hábitos que ayudan al mantenimiento de su salud bucal.

Por lo tanto, es necesario educar al adolescente para que reconozca la existencia de estados indeseables en su boca, y comprender como se producen y como saber controlarlos.<sup>7</sup>

Educar, escuchar, adaptarse, y motivar a los adolescentes depresivos significa propiciar el éxito de todos los programas de prevención.<sup>23</sup>

### 6.2.1 Cepillo dental

La mejor forma de conseguir la eliminación de la placa dentobacteriana y los restos de comida es mediante un buen cepillado dental y la correcta utilización del cepillo dental, ya que si es correcta la utilización del cepillo dental reducirá la placa dentobacteriana.<sup>25</sup>

Por lo general para la elección del cepillo dental es preferible el cepillo de mango recto, cabeza pequeña y recta, fibras sintéticas y puntas redondeadas para evitar las lesiones gingivales, y de cerdas blandas o medianas para tener mayor acceso a todas las partes del diente.<sup>7</sup> (figura .5)



**Figura. 5** Tipos de cepillos dentales.<sup>32</sup>

*Las partes fundamentales del cepillo dental son tres:*

- ◆Cabeza. El tamaño dependerá de las necesidades de cada paciente.
- ◆Mango. Puede ser redondo y curvo, en zona de unión entre el mango y el cabezal puede estar angulado para realizar más fácilmente el cepillado.
- ◆Filamentos. Estos se encuentran unidos en penachos. Pueden ser de nailon o poliéster, no mayores de 0,23mm de diámetro y de extremo redondeado.<sup>7,25</sup>

### *Tipos de cepillos dentales*

#### 1. Cepillos dentales, según su mecanismo de acción

*Cepillos dentales manuales:* son aquellos en los que la fuerza para realizar la higiene bucal es generada por la mano, la muñeca y el antebrazo del que las utiliza. Es decir, el usuario del cepillo dental es quien realiza los movimientos para retirar los restos de alimentos y la placa bacteriana de los dientes. (figura.6)



**Figura. 6** Cepillos dentales manuales .32

*Cepillos dentales mecánicos:* son aquellos, en los que la fuerza humana para realizar la higiene bucal es potencializada por un mecanismo interno propio del cepillo dental. Es decir, el cepillo de dientes realiza movimientos adicionales para retirar los restos de alimentos y la placa bacteriana de los dientes.<sup>7</sup> (figura.7)



**Figura. 7** Cepillos dentales mecánicos. 32

## 2. Cepillos dentales, según su tipo de cerdas

Actualmente, la mayoría de cepillos dentales suelen combinar diferentes tipos de cerdas en su parte activa. Sin embargo, podemos clasificarlos en:

◆Cepillos dentales de cerdas duras, medianas, suaves y extrasuaves. (figura.8)



**Figura. 8** Tipos de cerdas de los cepillos dentales 32

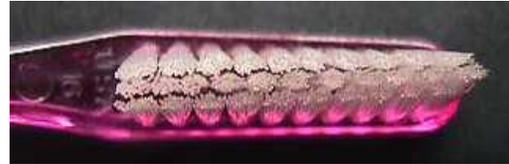
## 3. Cepillos dentales especiales

*Cepillo de dientes para ortodoncia:* la hilera central es más corta para poder limpiar los brackets. <sup>7</sup> (figura.9)



**Figura. 9** Cepillos dentales de ortodoncia. 32

*Cepillo dental de periodoncia:* también puede llamarse cepillo sucular o cervical. Tiene dos tiras de cerdas y suele usarse en casos de inflamación gingival y surcos periodontales profundos. (figura.10)



**Figura. 10** Cepillos dentales de periodoncia. 32

Para ser eficaz el cepillado dental, el cepillo debe de estar seco antes de ser utilizado; además es necesario remplazarlo cada mes o cada tres meses, en cuanto los filamentos se deformen o se fracturen.<sup>7</sup>

### 6.2.2 Técnicas de cepillado

Las técnicas de cepillado se clasifican por la función y el movimiento del cepillo dental.<sup>7</sup> Se recomienda que la realización del cepillado sea en un tiempo de dos y medio minutos y se puede hacer 3 veces al día la más recomendada es justo antes de dormir y las demás después de cada comida, este debe realizarse con pasta dentífrica fluorada.

El objetivo de las técnicas de cepillado es: Eliminar los restos de alimentos y las tinciones de los dientes, así como interferir en la formación de la placa bacteriana dentogingival para evitar que resulte patógena para las encías y los dientes.<sup>25</sup>

#### *Frecuencia del cepillado:*

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

Las personas que no son susceptibles a caries y sin afección gingival pueden cepillarse y utilizar el hilo dental una o dos veces al día esto debe realizarse con pasta dentífrica fluorada.

Las personas con afección gingival y sin susceptibilidad a la caries pueden utilizar el cepillo y el hilo dental dos o tres veces al día. <sup>7</sup>

Los adolescentes que presentan la depresión y que toman fármacos antidepressivos, deben cepillarse 10 minutos posteriores a cada comida y antes de dormir.

El cepillado nocturno es muy importante porque durante el sueño disminuye la secreción salival. <sup>7,13</sup> (figura.11)



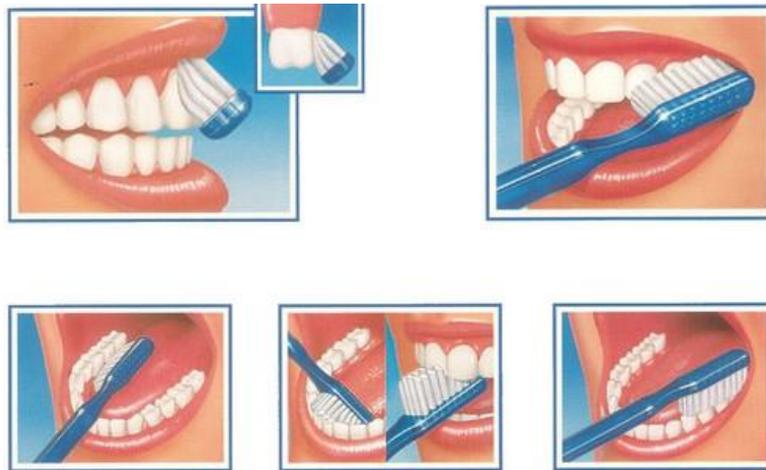
**Figura. 11** Cepillado dental.

◆ La técnica de cepillado ideal para los adolescentes con depresión es:

La técnica de Bass y Bass modificada por ser consideradas como las más eficientes, al ser la combinación de técnicas circulares y de barrido, ayuda a eliminar la placa microbiana depositada a nivel cervical que son zonas de difícil limpieza por parte de la población. <sup>25</sup>

### *6.2.2.1 Técnica de Bass*

Es la más efectiva y la más usada. Situamos el cepillo con una inclinación de 45°. Se trata de realizar unos movimientos vibratorios en la parte vestibulocervical y linguocervical de 10 a 15 segundos, pero sin desplazar el cepillo de su punto de apoyo. Deben ser movimientos muy cortos para que las cerdas se flexionen sobre sus propios ejes pero que las puntas no se desplacen de los puntos de apoyo. Así conseguimos eliminar la placa bacteriana, es una técnica muy recomendada en adultos se debe ir cepillando de dos o tres órganos dentarios, en la cara oclusal de los dientes se debe de hacer movimientos de fregado rápido para eliminar todos los restos de alimentos. (figura .12) <sup>7,25</sup>



**Fig. 12** Técnica de Bass.

### 6.2.2.2 *Técnica de Bass modificada*

Se coloca el cepillo con una inclinación de  $45^{\circ}$  respecto al eje axial de los dientes y se presiona ligeramente contra el surco gingival. Se trata de realizar unos movimientos vibratorios anteroposteriores, pero sin desplazar el cepillo de su punto de apoyo. Deben ser movimientos muy cortos para que las cerdas se flexionen sobre sus propios ejes y las puntas no se desplacen de los puntos de apoyo. En la cara masticatoria de los dientes se aplican movimientos de fregado rápido para eliminar todos los restos de alimentos.<sup>7</sup> (figura.13)



**Figura. 13** Técnica de Bass modificada.<sup>25</sup>

### 6.2.2.3 Cepillado de lengua y paladar

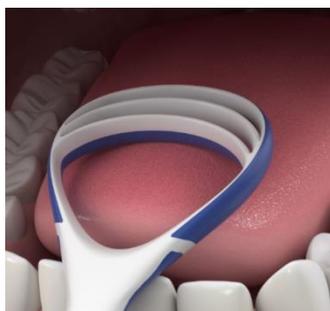
El cepillado de lengua y el paladar permite disminuir los restos alimenticios, la placa bacteriana y el número de microorganismos, esto se realiza con un limpiador especial. <sup>7</sup>

Las características del limpiador de lengua son:

El limpiador lingual está diseñado específicamente para llegar a las zonas más lejanas de la lengua. Es importante que conste de dos caras: una de perfil ondulado especial para adaptarse a la depresión central de la lengua, y, otra de perfil liso, para limpiar los laterales. <sup>32</sup>

◆ Los pasos para cepillar la lengua son:

1. Limpie primero la parte central de la lengua, utilizando la cara del limpiador que presenta una saliente. Para ello, sujete el limpiador lingual por el mango de modo que el saliente quede en la parte inferior.
2. Saque la lengua e introduzca el limpiador lingual en la boca intentando alcanzar la parte más lejana de la lengua.
3. Arrastre el limpiador por el centro de la lengua hacia la parte delantera de la boca.
4. Enjuague el limpiador con agua.
5. Limpie los laterales de la lengua utilizando la cara lisa de limpiador. Aclare el limpiador después de cada pasada.
6. Enjuáguese con abundante agua al finalizar. (figura.14) <sup>32</sup>



**Figura. 14** Cepillado de lengua.

## 6.2.3 Medios auxiliares de la higiene bucal

### 6.2.3.1 Hilo dental

El cepillado de los dientes es insuficiente para limpiar los espacios interproximales, por lo cual es necesario utilizar hilo dental después del mismo.<sup>7</sup>

El hilo dental es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente. Tiene varias presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor y con sabor a menta. Su indicación depende de las características de cada persona.<sup>7,16</sup>

La técnica para utilizarlo es:

Tomando unos 45 cm de hilo dental y enrollamos la mayor parte del mismo alrededor del dedo anular, dejando 3 o 5 cm de hilo para trabajar

Sostenemos el hilo dental estirando entre los dedos pulgares e índices, y desliza suavemente hacia arriba y hacia abajo entre los dientes. (figura. 15)<sup>7,17</sup>



**Figura. 14** Técnica para utilizar el hilo dental.

Curva el hilo dental suavemente alrededor de la base de cada diente, asegurándose que pase por debajo de la encía. Nunca golpeé ni forcé el hilo, ya que puede cortar o lastimar el delicado tejido gingival. (figura.16)<sup>7</sup>



**Figura.15** Técnica del manejo del hilo dental

Utilizamos secciones de hilo limpio a medida que avanza de diente en diente  
Para extraer el hilo, utilice el mismo movimiento hacia atrás y hacia adelante, sacándolo hacia arriba y alejándolo de los dientes. (figura.17)<sup>7</sup>



**Figura. 16** Técnica del manejo del hilo dental.

### 6.2.3.2 Cepillo interdental

Es un cepillo de forma cónica con fibras dispuestas en espiral, se usa únicamente para los espacios interproximales amplios. (figura. 18)<sup>7</sup>



**Figura. 17** Cepillo interdental.

*Los tipos que podemos encontrar son:*



**Figura. 18** Tipos de cepillos interdentales.

- El cepillo rojo, es el más grueso que hay, para espacios grandes.
- El rosa es para espacios muy pequeños. (figura.19)<sup>32</sup>



**Figura. 19**Tipos de cepillos interdetales.

-Los hay rectos y angulados en 90°. Los hay de mango corto y largo para los molares. (figura. 20)<sup>32</sup>

*Pasos para el uso del cepillo interproximal:*

1. Utilice el tamaño del cepillo interproximal más adecuado para cada espacio. El cepillo debe introducirse holgadamente, de modo que sean los filamentos, y no el alambre, los que estén en contacto con los dientes.<sup>32</sup>
2. Mueva el cepillo desde dentro hasta fuera, sin hacerlo girar.<sup>32</sup>
3. Para limpiar más fácilmente las piezas posteriores, acople el capuchón Protector al mango. Puede doblar la parte superior del mango para formar el ángulo más adecuado.<sup>32</sup>

#### 6.2.4 Dentífrico o pasta dental



**Figura. 20** Dentífrico o pasta dental .39

Término derivado del latín dens=diente, fricare = frotar.

El dentífrico es una sustancia que se utiliza en el cepillo dental para limpiar las caras de los dientes.<sup>7</sup> Los dentífricos tienen tres funciones importantes. La primera su acción abrasiva y detergente elimina mejores residuos, placa, su segunda acción es, pulir los dientes y finalmente los dentífricos, son vehículos de agentes terapéuticos como fluoruros, agentes para el control de cálculo (pirofosfatos potásicos y sódico), agentes desensibilizantes (peróxidos y bicarbonatos)<sup>18</sup> (figura.21)

La efectividad terapéutica de los dentífricos se basa en la liberación de fluoruro al medio oral en el momento del cepillado. Se ha considerado necesario al menos 1000 ppm de F soluble para que una pasta dental tenga efecto anticaries. En general, los fabricantes añaden 1500 ppm F para compensar la cantidad de F, que podría inactivarse por su combinación con el abrasivo durante el almacenamiento del producto.<sup>33</sup> Las pastas dentales con 1500 ppm de fluoruro tienen un efecto preventivo superior en comparación con dentífricos estándar con 1000 ppm en la dentición permanente joven. Sin embargo, la concentración de fluoruro dentro del rango de 1100 a 2800 ppm, resulta en una reducción adicional de caries del 18 al 24%. 5000 ppm de flúor en dentífricos, es la máxima concentración disponible.<sup>39</sup>

*Los componentes de los dentífricos:*

- ◆ Abrasivos. Carbonato de calcio, su función remoción de placa.
- ◆ Detergente. Lauril sulfato sódico, su función remoción de residuos.
- ◆ Colorantes. Colorantes alimentarios, función le da su aspecto.
- ◆ Saborizantes. Aceites de menta verde, hierbabuena canela, función darle un sabor agradable.
- ◆ Humectante. Sorbitol glicerina, mantiene al dentífrico húmedo.
- ◆ Agua. Agua desionizada su función agente de suspensión.
- ◆ Aglutinante. Alga carragenica, espesante previene separación solida – liquido.
- ◆ Fluoruro. Monofluorofosfato sódico, fluoruro sódico, fluoruro de estaño previenen la caries dental y se encuentran en el dentífrico en la cantidad de 1.000 partes por millón.
- ◆ Agentes para el control de cálculo. Pirofosfato disódico, tetrasódico.
- ◆ Agentes desensibilizantes. Nitrato potásico, cloruro de estroncio, promueve oclusión de túbulos dentinarios. <sup>18</sup>

Tipos de dentífricos	
Dentífrico	Función
Blanqueador	utilizan materiales abrasivos o químicos para eliminar las manchas superficiales recientes
Desensibilizador	Ayuda a crear una barrera que bloquea los agentes irritantes y la oclusión de los túbulos dentinarios.
Fluorado 1100 a 5000ppm	Fortalece los dientes disminuyendo el riesgo de sufrir caries dental, remineraliza aquellos que han sido mínimamente desgastados por el ácido.
Protector de encías	Ayudan a controlar la placa dental y previenen la infección de los tejidos.
Infantiles	Diseñada para las necesidades específicas de los niños pequeños. Contiene flúor para proteger los dientes de la caries dental y son de sabores.
Aliento fresco	Ayuda en el mal aliento de manera temporal pero no sirven para tratar la halitosis.
Agentes limpiadores	Compuestos detergentes que penetran y aflojan los depósitos de la superficie del diente, Favoreciendo su eliminación; el más común lauril sulfato de sodio.

**Tabla. 1** tipos de dentífricos. <sup>32</sup>

*El dentífrico ideal para los adolescentes con depresión:*

Es con alta concentración de fluoruro, ya que es utilizada particularmente para prevenir y controlar o detener la caries dental entre individuos de alto riesgo, son efectivas en detener las lesiones de caries radicular en aquellos con superficies radiculares expuestas, es recomendada para usarse una vez al día. Los procedimientos preventivos en el consultorio odontológico con el uso de cremas dentales con altas concentraciones de fluoruro en los adolescentes depresivos son más benéficos y costo-efectivo, si es utilizada apropiadamente. <sup>39</sup> (tabla.1)



**Figura. 21** Enjuagues bucales.

## 6.2.5 Enjuagues bucales

Los enjuagues bucales: son un agente químico antimicrobiano, que se emplean después del cepillado para eliminar gérmenes y bacterias.

Podemos encontrar enjuagues ricos en flúor, estos nos ayudan en la prevención de la caries, durante la calcificación del diente. Otros enjuagues indicados para combatir y eliminar la placa bacteriana y la halitosis. (figura.22) 16,24,31

*Los enjuagues bucales se clasifican en:*

◆ Enjuagues bucales de uso diario: son aquellos que puede utilizar todo tipo de paciente. (figura.23)



**Figura. 22** Enjuague bucal de uso diario

◆ Enjuagues bucales especializados: son aquellos que serán recetados por el odontólogo dependiendo el tipo de problema bucal. (figura.24)



**Figura. 23** Enjuague bucal

◆ Enjuagues bucales con alcohol o sin alcohol:

- Ausencia de alcohol. Son soluciones acuosas generalmente de flúor. Se utilizan principalmente después del cepillado como aporte suplementario de flúor para prevención de la caries.
- Colutorios. Su contenido en alcohol es nulo o inferior al 20%, se utilizan sin diluir.
- Elixires. Su contenido en alcohol es superior al 50%, se administran diluidos en agua.

◆ Los enjuagues bucales utilizados para la prevención de la caries contienen flúor obligatoriamente. Se utilizan a las siguientes concentraciones de flúor:

- 225 ppm para enjuagues diarios, se trata de soluciones hidroalcohólicas mentoladas.
- 900 ppm para enjuagues semanales, se trata de soluciones acuosas con sabores frutales. Se utilizan preferentemente en niños y adolescentes o en casos de tratamientos bucales.<sup>31</sup>

*Funciones de los enjuagues bucales:*

- ◆ Campo preventivo: Prevención de las enfermedades periodontales como agente antiplaca y antiinflamatorio.
- ◆ Campo terapéutico: Tratamiento de las enfermedades bacterianas y micóticas específicas.
- ◆ Campo clínico: Prevención de contagios al disminuir la carga de microorganismos durante los procedimientos clínicos.

<i>Componentes de los enjuagues bucales</i>	
SABORIZANTES	Excelentes para la prevención de halitosis.
DETERGENTES	Remueve residuos alimenticios.
SOLUBILIZANTE	Aumenta la solubilidad del enjuague y resaltar el sabor de los enjuagues bucales, actúa como preservativo del enjuague.
ANTIBIÓTICO	Para tratar infecciones en pacientes que tengan periodontitis o gingivitis.
TIMOL (ANTISÉPTICO)	Actúa como bactericida y fungicida.
CLOREXIDINA	Eficaz contra la placa bacteriana.
OXIGENANTES	Para pacientes con pericoronitis y con aparatología ortodòntica y protésica.
FLUORURO	Prevenir la caries dental y para optimizar la calcificación.
TRICLOSAN	Eliminar bacterias gran positiva y gran negativas.
ANTIINFLAMATORIOS	Para procesos patológicos de la cavidad oral.
ALCOHOL	Antiséptico y conservador de los componentes de la formula.

**Tabla.2** Componentes de los enjuagues bucales. <sup>24</sup>



**Figura. 24** Enjuague bucal. <sup>24</sup>

Pasos para el buen uso del enjuague bucal:

1. El empleo implica la limpieza de la boca con aproximadamente 20 ml dos veces al día después del cepillado.
2. Lo mantenemos 5 minutos haciéndolo pasar por toda la cavidad bucal.

3. El enjuague ha de ser vigoroso incluyendo gárgaras durante un minuto.

4. Se recomienda no enjuagar la boca con agua después de escupir el enjuague.<sup>32</sup> (figura.25)

### 6.3 Medidas de prevención

#### 6.3.1 Aplicación tópica de flúor por el profesional

El flúor evita la desmineralización del esmalte, la concentración alta de flúor en los fluidos orales hace más difícil la disolución de la apatita del esmalte.<sup>19</sup>

El flúor actúa de tres maneras:

- ◆ fomentando la remineralización en la superficie del cristal.
- ◆ Inhibiendo la desmineralización en las superficies del cristal dentro del diente.
- ◆ Reduciendo sustancialmente el metabolismo bacteriano.<sup>33</sup>

La aplicación de flúor tiene por fundamento intervenir en el proceso de desmineralización y remineralización, así como propiciar la maduración del esmalte después de la erupción dental.<sup>7</sup>

Podemos encontrar el flúor disponible en: gel y barnices.

**Fluoruro en gel:** son efectivos pues estos geles presentan de 14 a 28% la reducción de caries.<sup>20</sup> (figura26)

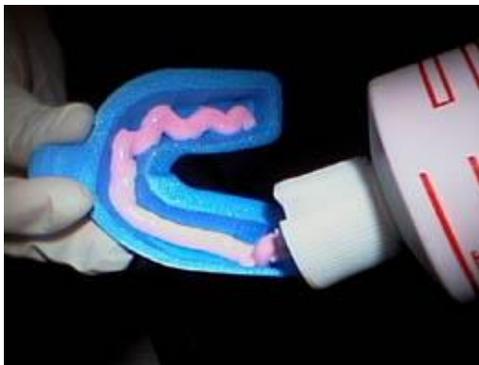


Figura. 25 Colocación del fluoruro en gel en la cucharilla. 14

Indicaciones:

- Pacientes libres de caries.
- Pacientes de alto riesgo de caries o con caries activa.<sup>20</sup>
- Pacientes con disminución de flujo salival.<sup>33</sup>

La aplicación tópica profesional tiene la ventaja de incluir el examen periódico del paciente y así es posible diagnosticar las enfermedades de manera temprana.<sup>7</sup>

*Los pasos para la aplicación del flúor en gel son los siguientes:*



**Figura. 26** Colocación del paciente para la aplicación del fluoruro.<sup>14</sup>

- a) Sentar al paciente con la espalda recta. Seleccionar la cucharilla de acuerdo al tamaño de las arcadas del paciente (una cucharilla adecuada debe cubrir todas las superficies dentarias, y tener la suficiente profundidad, un poco más arriba del cuello dental).<sup>20</sup> (figura27)
- b) Colocar el fluoruro en la cucharilla, no más del 40% de la cucharilla, secar las superficies dentarias.<sup>20</sup>
- c) Introducir la cucharilla inferior para evitar el reflejo vago, seguida de la cucharilla superior, pedir al paciente que muerda suavemente para presionar las cucharillas.<sup>20</sup>

d) Aspirar con eyector durante todo el procedimiento, vigilar al paciente en todo momento.<sup>20</sup>

e) Seguir las indicaciones del fabricante para el tiempo de aplicación entre 1 a 4 minutos, retirar las cucharillas, indicar al paciente escupir, usar el eyector de saliva para retirar el resto, limpiar los remanentes con una gasa, advertir al paciente no enjuagarse, no ingerir alimentos y bebidas durante los 30 minutos posteriores a la aplicación.<sup>20</sup>

### **Barnices florados:**

Los barnices a diferencia de las otras presentaciones de flúor, se caracteriza por su capacidad para adherirse a las superficies dentales, con lo cual se prolonga el tiempo de contacto entre el material y el esmalte, generando una mayor liberación de flúor.<sup>33</sup>

Tienen contenido elevado de flúor, entre 0.1% (1 000 ppm) y 2.26%(22 600 ppm), consistencia viscosa y endurecen en presencia de la saliva. Reducen la caries hasta de 50%.<sup>20</sup>

Están recomendados en situaciones especiales como:

- Poco compromiso del paciente
- Xerostomía
- Higiene oral limitada
- Restauraciones protésicas
- Tratamientos ortodónticos
- Túbulos de dentina abiertos
- Superficies de raíz expuestas
- Dientes en erupción
- Fisuras

- Superficies proximales
- Áreas alrededor de los brackets y bandas
- Áreas a lo largo de márgenes de coronas y puentes<sup>36</sup>

#### *Características de los fluoruros en barniz:*

#### **Cervitec**

El barniz protector permite la aplicación de fluoruro y el control de los gérmenes en un sólo paso contiene 1,400ppm de fluoruro más 0.3% de clorhexidina. (figura.24)

Está diseñado para ayudar a prevenir la caries en casos de alto riesgo. Al ser un barniz líquido fluye rápidamente sobre superficies complejas.<sup>36</sup>



**Figura.24** Fluoruros en barniz Cervitec. 36,37

#### **Duraphat**

Diseñado para Caries e hipersensibilidad dentinaria. Para pacientes con elevado riesgo de caries, así como para pacientes con hipersensibilidad dentaria. (figura.28)

Composición: 1 ml contiene 50 mg de fluoruro de sodio que contiene 22.600 ppm de flúor en una base de resina. Fácil y rápido de aplicar, se adhiere rápidamente en la presencia de saliva, resultando en una mayor comodidad y aceptación del paciente. Otros ingredientes: colofonia, alcohol, goma laca, mástica, sacarina, aroma, cera blanca de abeja.<sup>40</sup>



**Figura.27** Fluoruro en barniz Duraphat. 40

## Clinpro

Barniz de flúor que contiene una exclusiva fórmula de Tri-Calcio Fosfato (TCP), permitiéndole liberar flúor, calcio y fosfato en la superficie de los dientes, tiene una comprobada fluidez para llegar a todas las superficies dentales, contiene 22.600 ppm de flúor y libera calcio. (figura.29)

Alivia la hipersensibilidad y es de fácil y rápida aplicación, además de ser virtualmente invisible.<sup>41</sup>



Figura. 28 Fluoruro en barniz Clinpro.<sup>41</sup>

*Los pasos para la aplicación de los geles fluorados son:*

- a) Limpieza a fondo de las superficies dentales, secar con torundas de algodón y aislar el área de la encía con rollos de algodón.
- b) Aplicar una fina capa de barniz con el aplicador por 60 segundos.
- c) se retiran los algodones y no debe enjuagarse.<sup>37</sup>

El fluoruro más recomendado para los adolescentes con depresión es en barniz y el ideal sería Clinpro ya que por sus características nos ayudan a prevenir y controlar la caries.

### 6.3.2 Selladores de fosetas y fisuras

La asociación dental americana define a los selladores como el material de resina que se coloca en la cara oclusal de los dientes posteriores con el fin de evitar la acumulación de placa dentobacteriana, donde la caries es más frecuente. <sup>22</sup>

Las caries más frecuentes en los adolescentes son las oclusales, en fosetas y fisuras. El sellado de fisuras es una de las técnicas de prevención más eficaz en la odontología moderna, ya que constituye una barrera de acción inmediata para proteger las zonas más sensibles a la caries durante la infancia y la adolescencia. <sup>7</sup>

*Algunos tipos de selladores:*

#### ◆ *Helioseal sellador fuerte de fósetas y fisuras*

Sellador de fisuras fotopolimerizable de color blanco, que proporciona un control fácil durante la aplicación y una óptima protección contra las caries, está indicado para sellar fosetas, fisuras y diminutas cavidades, ofreciendo como principales ventajas una óptima fluidez y retención a largo plazo, protege las superficies altamente susceptibles, cubriendo fosetas y fisuras con una cobertura impenetrable. Este sellador cierra los nichos de retención donde la bacteria vive y corta el suministro de carbohidratos que las sustentan. (figura.30) <sup>38</sup>



**Figura. 29** Sellador Helioseal.

◆ *Helioseal Clear. El sellador de fosetas y fisuras transparente*

Sellador de fisuras fotopolimerizable, transparente. La baja viscosidad garantiza óptimos resultados estéticos y un fácil control de las fisuras.



**Figura. 30** Sellador Helioseal Clear.<sup>38</sup>

◆ *Helioseal F. El sellador de fóssetas y fisuras con flúor*

Sellador de fisuras con liberación de flúor fotopolimerizable, en color blanco, aumenta la resistencia del esmalte a través de la promoción de la remineralización y la inhibición de la desmineralización; reduce el crecimiento de la placa dentobacteriana y la actividad bacteriana ya que tiene un efecto bacterio tóxico.<sup>38</sup>



**Figura. 31** Sellador Helioseal F.<sup>38</sup>

Estos tipos de selladores de Helioseal protegen las superficies altamente susceptibles, cubre fosetas y fisuras con una cobertura impenetrable. Este sellado cierra los nichos de retención donde la bacteria vive y corta el suministro de carbohidratos que las sustentan.<sup>38</sup> (figura.31 ,32)

Técnica de aplicación:

1. Aislamiento del campo operatorio.

Aislamiento absoluto con grapa y dique de goma, este primer paso es fundamental para una correcta técnica de aplicación del SFF ya que el campo deberá permanecer seco. (figura.33)



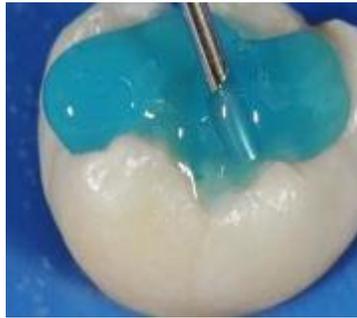
**Figura. 32** Aislamiento del campo operatorio con grapa. <sup>25</sup>

2. Limpieza de la superficie oclusal. La finalidad es eliminar restos y placa bacteriana de la superficie de los dientes. La limpieza puede realizarse con cepillo de profilaxis a baja revolución y pasta con abrasivo, pero sin fluoruro porque este puede hacer la superficie más resistente al grabado.<sup>7</sup> (figura.34)



**Figura. 33** Limpieza de la superficie. <sup>25</sup>

3. Aplicación del ácido. El ácido utilizado es el ortofosfórico a una concentración del 37-50%. Por medio de una torunda pequeña de algodón o un pincel, y se espera 20 segundos a que ejerza su acción. La superficie dental se enjuaga con una corriente de agua directa durante 15 segundos y secamos.<sup>17, 25</sup> (figura.35)

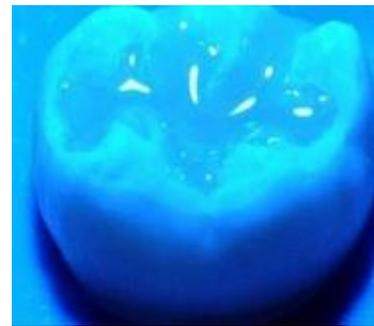


**Figura.34** Aplicación del ácido grabador.<sup>25</sup>

4. Aplicación del sellador. Se coloca el sellador, para ello se utiliza un dispensador se coloca en las fosetas y fisuras y polimerizamos.<sup>7</sup>



a)



b)

**Figura. 35 a)** Aplicación del sellador **b)** Fotopolimerización.

5. Verificación. Con un explorador se revisa que la superficie quede perfectamente cubierta y no dificulte la oclusión. De lo contrario debe rebajarse con una fresa esférica.<sup>7</sup> (figura.37)



**Figura. 36** Verificación de la superficie del sellador. <sup>25</sup>

## **CAPÍTULO 7 MANEJO ODONTOLÓGICO EN EL ADOLESCENTE DEPRESIVO**

El manejo odontológico de los adolescentes con depresión estará basado en la comunicación, también en mantener una adecuada salud bucodental para prevenir la aparición de patologías. Se debe conocer ciertos aspectos clínicos con una interconsulta al especialista psiquiatra que lo está tratando. Así mismo, deberá facilitarnos el estado actual del padecimiento y la medicación que esté administrando.<sup>27</sup>

Los adolescentes depresivos pueden mostrarse poco cooperadores e irritables durante el tratamiento dental, poco agradecidos y expresar numerosas quejas que son inconsientes.<sup>1</sup>

Antes de iniciar un tratamiento dental en un adolescente depresivo, el Odontólogo debiera contactarse con el Médico Psiquiatra y solicitarle la información necesaria de su estado psicológico<sup>1</sup>

Es fundamental establecer un plan de higiene oral estricto. Se recomendarán pastas dentífricas de alto contenido en flúor 5000ppm, si existe alto riesgo de caries también se pueden utilizar férulas vehiculadoras para gel de flúor prescribiéndolo 5 minutos al día y en periodos en los que el proceso tenga mayor riesgo. Así mismo, se pueden pautar aplicaciones clínicas de barniz de clorhexidina cada tres meses y realizar durante éstas un exhaustivo control de estado bucodentario.<sup>27</sup>

En la depresión coinciden una serie de factores que favorecen la aparición de molestias en la cavidad oral. Los fármacos antidepresivos actúan inhibiendo el reflejo salival y provocando hiposialia crónica que, junto con una dieta inadecuada y una falta de higiene, conduce a la aparición de caries, periodontitis e infecciones orales. Es posible la aparición de cuadros de dolor facial atípico y glosodinia de difícil tratamiento.<sup>27</sup>

Cuando la xerostomía es muy severa se debería replantear, si es posible, el cambio de medicación por un medicamento que altere en menor promedio la secreción salival, además, se puede recurrir a estimulantes salivales o salivas artificiales.<sup>27</sup>

En estos pacientes depresivos hay que considerar que ciertas interacciones medicamentosas de los antidepresivos tricíclicos con los vasoconstrictores como la epinefrina, puede provocar crisis hipertensivas especialmente con la

levonordefrina. En los adolescentes que toman inhibidores de la monoaminoxidasa está restringido el uso de vasoconstrictor porque también podría provocar crisis hipertensivas muy graves.<sup>27</sup>

El manejo clínico y las consideraciones odontológicas para los adolescentes con depresión son:

- ◆ Interconsulta con su médico psiquiatra para valorar su estado de salud.
- ◆ Considerar que pueden referir dolencias que no se correspondan con hallazgos objetivos.
- ◆ Educar en todo momento sobre la importancia de una correcta higiene oral.
- ◆ Revisiones trimestrales.
- ◆ Considerar interacciones farmacológicas.
- ◆ Intentar estimular el interés por los hábitos de higiene bucal.
- ◆ Solicitar la disminución del consumo de alimentos azucarados, que es característico de las personalidades depresivas.
- ◆ Observar si hay disminución del flujo salival causada por los medicamentos e instituir protocolos pertinentes.
- ◆ Percibir algún motivo de interés del paciente para intentar mejorar el diálogo.

La literatura sostiene que el Odontólogo debe realizar los siguientes

Pasos para facilitar la atención del adolescente deprimido:

- a) Escuchar con actitud empática: esto ayudará a que el paciente se relaje.
- b) Hacer pequeños ajustes en la oclusión, aportando alivio físico.
- c) Explorar factores psicológicos. Estrés es una palabra que se puede usar con los pacientes, se le puede sugerir que el estrés genera tensión muscular que lo lleva al dolor, e interrogar sobre eventos estresantes recientes; esto

permite a los pacientes admitirse a sí mismos y al odontólogo que estos pueden ser factores, sugiriendo de esta manera que el estrés conduce al ánimo bajo e incluso a la depresión.

d) Derivar al médico general. Sugerir al paciente que consulte a un médico general si está de acuerdo con el punto anterior, es aceptable para algunos pacientes, pero sugerir que necesita un tratamiento psiquiátrico puede generar alarma; por esta razón el médico general puede utilizarse como una estación previa.<sup>29</sup>

En el tratamiento de los pacientes con depresión el Odontólogo debe considerar 3 aspectos básicos:

**Educación:** Se debe promover la educación dental preventiva tanto para el paciente como para su familia. Considerar todas las medidas tendientes a una adecuada higiene oral y a maximizar la remoción de la placa dental (bacteriana): prescripción de productos salivales artificiales, enjuagues con flúor al 0,05% y antisépticos con clorhexidina. El tratamiento dental debiera contemplar destartraje subgingival, alisado radicular y curetaje y aplicación de geles fluorados.

**Interacciones adversas:** Recordar que algunos fármacos usados en Odontología pueden tener interacciones adversas.

**Vasoconstrictores adrenérgicos:** Los Odontólogos deben ser precavidos al administrar anestésicos locales que contienen vasoconstrictores (como la epinefrina), ya que algunos antidepresivos bloquean la recaptación de estos vasoconstrictores.<sup>29</sup>

*Control odontológico:*

-Realizar un examen clínico y profilaxis oral a los 3 meses de la atención y aplicar flúor de al menos 10000 partes por millón.

-Corregir cualquier defecto en la dentición natural o en prótesis durante estas nuevas visitas. Así los pacientes pueden ver incrementada su autoestima con resultado de un tratamiento dental, lo que puede contribuir al aspecto psicoterapéutico de su manejo.

Todo esto hace necesario para dar una mirada más profunda a los trastornos depresivos en el contexto Odontológico.<sup>29</sup>

De modo que es fácil comprender que la depresión, siendo un trastorno de ánimo frecuente y con un importante porcentaje de pacientes subdiagnosticados, constituye un problema trascendental y transversal para la población que asiste a una consulta dental buscando ayuda.

El odontólogo tratante detectara la situación emocional del paciente, informándole de la importancia del cuidado de su salud bucal estableciendo medidas preventivas para evitar la presencia de enfermedades.

Es recomendable que el profesional de la salud bucal tenga conocimiento que las complicaciones que genera este cuadro sintomático del adolescente con depresión de esta manera podrán tener un mayor acercamiento con él, logrando mejores resultados durante la atención dental.

No olvidar en estar en contacto con el médico tratante para lograr el mayor éxito posible con estos pacientes.<sup>29</sup>

## CONCLUSIONES

En la actualidad el desarrollo social de la población la ha llevado a desarrollar desordenes emocionales en los que se ha registrado un incremento considerable en el grupo de los adolescentes, se ha observado que este problema puede presentarse desde la infancia, los factores más comunes que influyen sobre esta problemática pueden ser, el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado por parte de los padres o tutores, también influyen los eventos vitales negativos como el divorcio o separación de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar .

La revisión realizada nos indica que es muy importante tomar en cuenta el estado emocional del adolescente que lo puede llevar a desarrollar un cuadro depresivo pues su salud general puede alterarse al presentarlo y por lo tanto también se ve involucrada la salud bucal.

Los factores que van a influir para afectar la salud bucal en estos adolescentes son los medicamentos que se administran para tratar la depresión por sus efectos secundarios aunado a su falta de interés en el cuidado de su persona influyendo en su higiene personal que los puede llevar a aumentar los factores de riesgo para que se presenten las enfermedades bucales más comunes que son la caries y enfermedad periodontal.

Es por esto que el cirujano dentista debe estar alerta al atender a los adolescentes y detectar cualquier síntoma o signo que pueda indicar la presencia de este cuadro depresivo y poder llevar a cabo una comunicación lo más adecuada posible y al mismo tiempo establecer estrategias de prevención para disminuir los factores de riesgo de las enfermedades bucales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa Específico de Depresión 2001-2006. 1ª. ed. México: Servicio de salud-mental.  
[http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas\\_salud/salud\\_mental/guias\\_tecnicas/depresion.pdf](http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas_salud/salud_mental/guias_tecnicas/depresion.pdf)  
<http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/123378>
2. Zoch C. Depresión  
<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/depresion2005.pdf>
3. Frías A. Salud pública y educación para la salud. 1ª. ed. España: Editorial Elsevier, 2000.Pp4-5
4. Higashida B. Ciencias de la salud. 3ª. ed. Cd. México: Editorial McGraw – Hill inter americana, 1996.Pp5-6
5. Higashida B. Odontología preventiva. 1ª. ed. Cd. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2000.Pp141-158
6. Hernan S. Tratado general de la salud en las sociedades humanas. 1ª. Ed. Cd. México:Editorial la prensa medica mexicana, 1992.Pp5-6
7. Walter H. Bruce c. Educacion para la salud 1ª ed. Cd. México:Editorial Mac Graw Hill, 1988.Pp4-8
8. Robinson. M. Roberton D. Pediatría práctica. 1ª. ed. Cd. México: Editorial el manual moderno, 1996, Pp.211-213
9. Howard H. Psiquiatría General.5ªed.cd.México: Editorial El manual moderno, 2001.Pp 501-502
10. Nieto D. Psiquiatría clínica moderna. 3ª. ed.Cd.méxico: Editorial la prensa medica mexicana, 1951, Pp 86-87
11. Bolinches A. El cambio psicológico. 2ª. ed. Cd. México: Editorial Kairós, 1989, Pp 55-57
12. Goodman A. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 10ª. ed. Cd México: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2002.Pp 458-468

13. Rojas G. Latorre R, Ortega A. Major Depression and Oral Health: Role of Antidepressants Medications 2000; 38(2): 126-130
14. Guades A. Bönecker m. Fundamentos de odontología Odontopediatría. 1ª. ed. Editorial Santos, 2009. Pp 381-404
15. Luján E. Sexto N. Risk Factors of Dental Cavities in Children. ISSN: 1727-897X Medisur 2007; 5(2) Pp 17-19
16. Finno S. Odontología pediátrica. 4ª. ed. Cd México: Editorial nueva editorial interamericana, 1985. Pp.469-480
17. Cuenca E. Baca P. Odontología preventiva y comunitaria principios, métodos y aplicaciones. 4ª. ed. España: Editorial Elsevier Masson, 2013. Pp77-83
18. Anusavice K. Phillips Ciencia de los Materiales Dentales. 11ª. ed. España: Editorial Elsevier, 2004. Pp373-374
19. Perales S. Guillen C. Loayza R. Alvarado S. El flúor en la prevención de caries en la dentición temporal. Odontología sanmarquina 2006; 9(1): 31-35
20. Vera H. 2003. Manual para el Uso de fluoruros dentales en la República Mexicana <http://www.programassociales.org.mx/sustentos/Veracruz834/archivos/Manual-Uso-de-Fluoruros-dentales.pdf>
21. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental. 2014, CD53/8, Rev.1. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11337%3Aplan-of-action-on-mental-health-2015-2020](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11337%3Aplan-of-action-on-mental-health-2015-2020)
22. Castillo J. Yamamoto N. Morales Z. Valenzuela E. Comparación in vitro de la microfiltración de un sellador de fosetas y fisuras con la técnica tradicional y con la colocación previa de un agente adhesivo con base de acetona y otro con base de etanol. [http://www.odonto.unam.mx/pdfs/estudio\\_in\\_vitro.pdf](http://www.odonto.unam.mx/pdfs/estudio_in_vitro.pdf)
23. Mc Donald R. Avery D, Odontología pediátrica y del adolescente. 6ª. ed. España: editorial Harcourt Brace. Pp 267-268
24. Guadrón J. Efecto sobre la placa bacteriana de los antisépticos bucales. San Salvador, el Salvador, agosto 2006 – octubre 2007.

<http://www.usam.edu.sv/usam/images/stories/articulosictusam/Enjuagues%20bucales.pdf>.

25. Prenoc. Odontología preventiva módulos 1-3. Organización panamericana de la salud. 1992.Pp 63

26. Quintero J. Ortiz M. Méndez M. Medina M. Mercedes M. Risk factors and dental caries in adolescents from 12 to 15 years. Revista Archivo Médico de Camagüey versión On-line ISSN 1025-0255 AMC v.12 n.3 Camagüey abr.-jun. 2008.

27. Silvestre F. Plaza A. Odontología en pacientes especiales. 1ª. ed. Valencia: Editorial U.Valencia .2007.Pp299-301

28. Instituto de la Salud Mental (depresión) [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion\\_38791.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf) Pp.

29. Programa Específico de Depresión 2001-2006. 1ª. ed. México: Servicio de salud-mental. [http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas\\_salud/salud\\_mental/guias\\_tecnicas/depresion.pdf](http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas_salud/salud_mental/guias_tecnicas/depresion.pdf)

30. Depresión <http://actividadiiunidad3.blogspot.mx/2016/05/historia-del-estudio-de-la-depresion.html>

31. Naverac M. De grado P. Gil F. Uso de colutorios en la clínica periodontal Periodoncia y Osteointegración 2007; 17 (Nº 1) Fasc. 11:41-52. [https://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA\\_PO/articulos.pdf/17-1\\_04.pdf](https://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/17-1_04.pdf)

32. Barranca A. Manual de Técnicas de Higiene Oral 2011. <https://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-de-Hiegiene-Oral.pdf>

33. Odontología Pediátrica Actual. España: editorial master book. 2015.Pp 202-230

34. Castellanos J. Díaz M. Gay O. Medicina en Odontología manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 2ª.ed. México: Editorial manual moderno 2002 Pp. 249-253

35. Rojas G. Ortega A. Oral Health status in depressive and not depressive patients 2001; 92 (3): 3-8
36. Cervitec F El Barniz protector con efecto combinado.  
file:///C:/Users/home/Downloads/Cervitec+F.pdf
37. Cervitec ®Targeted protection –controlled risk Protective varnish containing chlorhexidine and thymol.  
http://www.ivoclarvivadent.com.mx/mx/productos/odontologo/cervitec-f
38. http://www.ivoclarvivadent.co/es-co/p/todos/productos/prevencion-cuidado/sellador-de-fisuras/  
file:///C:/Users/home/Downloads/Helioseal%20(1).pdf
39. Crema Dental con Alta Concentración de Fluoruro.  
<http://www.aliancaparaumfuturolivredecarie.org/es/mx/technologies/high-fluoride>.
40. http://www.colgateprofesional.com.mx/products/colgate-duraphat-barniz-de-fluoruro-de-sodio-al-5-rx/overview
41. [http://solutions.productos3m.es/wps/portal/3M/es\\_ES/3M\\_ESPE/Dental-Manufacturers/Products/Preventive-Dentistry/Dental-Prevention/Tooth-Desensitiser/](http://solutions.productos3m.es/wps/portal/3M/es_ES/3M_ESPE/Dental-Manufacturers/Products/Preventive-Dentistry/Dental-Prevention/Tooth-Desensitiser/)