Salud oral, imagen corporal y estética bucal en adolescentes

Fernando Herrera-Salas,[1] Luz Elena Atzin Madrid-Cuautle,[2]
Isela Lizbeth Arredondo-Velázquez[3]

Resumen

El presente trabajo refiere el modo en que el adolescente se relaciona consigo mismo por mediación de su cuerpo, tomando como escenario principal de tal relación el espacio bucal. Se asume que, un adecuado estado de salud bucal del individuo le permite mantener funciones vitales como la alimentación, la comunicación, y un desarrollo personal más pleno, basado en la autoconfianza y la empatía con otros. Se significa, desde ese lugar, la importancia de la salud bucal en la conformación de un *ethos* personal, lo cual describe un posicionamiento ético-actitudinal ante el mundo y otras personas, que se expresa ya sea en un beneplácito o desencanto consigo mismo, una proactividad o una indolencia frente a los problemas, un conocimiento de sus cualidades y ventajas personales o, por el contrario, una devaluación de su persona que pueda derivar en actividades autodestructivas. La evaluación de 94 adolescentes de una telesecundaria pública por mediación de un instrumento diseñado ex profeso, nos permitió aislar los siguientes tipos lógicamente situados: *adolescente autorregulado*, *adolescente preocupado*,

Oral Health, Body Image and Oral Aesthetics in Teenagers

Abstract

The present work refers to the way in which the adolescent relates to himself through his body, taking as the main scenario of such relationship: the oral space. It is assumed that, an adequate state of oral health of the individual allows him to maintain vital functions such as food, communication, as well as a fuller personal development, based on self-confidence and empathy with others. It is meant, from that place, the importance of oral health in the conformation of a personal ethos, which describes an ethical-attitudinal positioning towards the world and other people, which is expressed either in a blessing or disenchantment with oneself, a proactivity or an indolence in the face of problems, a knowledge of their personal qualities and advantages or, on the contrary, a devaluation of their person that can lead to self-destructive activities, among other situations. The evaluation of 94 adolescents of a public telesecundaria through an instrument designed ex profeso, allowed us to isolate the following logically situated types: *self-regulated adolescent*, *worried adolescent*, *indolent adolescent and self-destructive adolescent*,

Recibido: 20 de noviembre de 2019
Aceptado: 12 de enero de 2020
Declarado sin conflicto de interés

1 Facultad de Estudios Superiores, UNAM-Iztacala. fherresal@gmail.com
2 Facultad de Estudios Superiores, UNAM-Iztacala. helena_mcr43@hotmail.com
3 Facultad de Estudios Superiores, UNAM-Iztacala. isearrvel@hotmail.com

adolescente indolente y adolescente autodestructivo, los cuales se caracterizan por distintos niveles de compromiso frente a su salud bucal y prácticas de salud también características. Se concluye que, tanto la educación para la salud como la prevención relativa a la salud bucal, implican un conocimiento de las formas en que el adolescente se posiciona actitudinalmente frente a su persona y su salud, de modo que el odontólogo pueda incidir en ambas de una forma sistemática en el contexto del plan de tratamiento.

P*alabras clave*: Salud bucal, Adolescencia, E*thos* personal, Prevención, Educación para la salud.

which are characterized by different levels of commitment against your oral health and health practices also feature. It is concluded that, both health education and prevention related to oral health, imply a knowledge of the ways in which the adolescent position himself in front of his person and his health, so that the dentist can influence both of a systematic way in the context of the treatment plan.

K*ey* W*ords*: Oral Health, Adolescence, Personal E*thos*, Prevention, Health Education.

Entorno epidemiológico y contextos sociales que comprometen el estado de salud dental en la adolescencia

Un adecuado estado de salud bucal en el ser humano permite mantener funciones vitales como la alimentación, la comunicación y el afecto, entre otras. Un indicador de las condiciones de salud bucal de la población es el índice CPOD el cual nos lleva a analizar problemas bucodentales no resueltos, presentes y futuros. En 1980, la Secretaría de Salud realizó una encuesta de morbilidad bucal en escolares de la Ciudad de México, encontrando que el nivel de caries había aumentado con respecto a la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, Velázquez, Vera, Irigoyen, Mejía, y Sánchez (2003), realizaron una encuesta en los estados de Baja California, Tabasco, Yucatán y el Estado de México, en el cual se determinó la prevalencia de caries en los escolares del país cuyo promedio de edad oscilaba entre los 12 años. Del mismo modo, estudios recientes realizados en jóvenes acerca de la demanda de atención odontológica en los servicios de salud en México indicaron que la caries sigue siendo un padecimiento que afecta entre el 60 y el 90% de la población estudiada y que en casos graves ocasiona ausentismo escolar, dolor y pérdida prematura de dientes, deterioro que ocasiona después de los 15 años el 38% de la pérdida dental. En segundo lugar de impacto para la salud bucal, están a las enfermedades periodontales tales como la gingivitis y la periodontitis que afecta a un 20% de la población adolescente. Algunas otras enfermedades bucodentales que describe la OMS son las infecciones fúngicas, bacterianas o víricas por VIH, traumatismo bucodental, labio leporino y paladar hendido, además de mencionar las maloclusiones dentales y esqueletales, las cuales se definen como una oclusión anormal en la cual los dientes no están en una posición adecuada en relación con los dientes adyacentes del mismo maxilar, o con los dientes opuestos cuando los maxilares están en cierre (Davis, 2007).

Para ilustrar el modo en que los trastornos bucales impactan el desarrollo de la persona en su conjunto podemos considerar con detalle el caso paradigmático de la maloclusión. Como tal, la maloclusión es una variación morfológica, la cual puede o puede no estar asociada a una condición patológica (Nashashibi, Darwish, Khalifa, 1987); según la OMS las maloclusiones son la tercera causa de morbilidad dental, de aquí su importancia en el diagnóstico preciso y oportuno; la prevalencia de maloclusiones en jóvenes oscila entre 39 y 93% (Mtaya, Brudvik, Åstrom, 2009), y difiere según el grupo etario y étnico, el método de registro y la presencia de síndromes. Las características más frecuentes de maloclusión son la presencia de clase II en relación molar y el apiñamiento. De igual forma, los principales factores etiológicos para desarrollar maloclusiones se asocian a aspectos genéticos, ambientales, una combinación de los dos, o a veces otros de tipo local como hábitos orales, disfunciones de las ATM, alteraciones del habla, parafunciones, desequilibrio de la musculatura, entre otros, cabe mencionar que inicialmente el tratamiento de ortodoncia se realizaba con fines estéticos.

No obstante, estudios actuales han analizado un aspecto interesante: la relación observada entre las maloclusiones y la calidad de vida. Diversos autores han reportado un significativo impacto negativo en la calidad de vida de los adolescentes portadores de maloclusiones (Miitchell, Carter, Doubleday, 2001; Oredugba, 2007; Borzabadi-Farahani, Eslamipour, 2009; Kassis, Bou-Serhal, Bassil-Nassif, 2010); de manera más específica, se reporta que el 15.5 % de los adolescentes con maloclusión autopercibida, relato impactos negativos en su calidad de vida tanto del orden psicológico como social.

Otros autores plantean que el problema estético resalta por ser más frecuente y más fácilmente identificable por el paciente y sus interlocutores; podemos decir que una estética dental desfavorecedora representa un riesgo importante para que el individuo desarrolle baja autoestima y con ella un impacto negativo en su calidad de vida. Por otro lado, la relación entre apiñamiento y frecuencia de cepillado está relacionada con la dificultad que las personas con maloclusiones tienen para cepillar sus dientes, lo que podría resultar en una menor frecuencia de cepillado y con ello tener una mayor susceptibilidad a padecer caries, enfermedad periodontal y en casos más graves la pérdida de un órgano dental.

La dimensión que está cambiando el paradigma sobre la ortodoncia y la estética dental es el que está relacionado con la función. Diversos autores (Cárdenas, Elizondo, Dávila, Morcos, González, 2018), han mencionado que los cambios en el estilo de vida; como es el caso del tipo de alimentación, son los causantes de desequilibrios en la musculatura, y la falta de un desarrollo adecuado de la cara y los maxilares y, en consecuencia, una falla en la maduración de las estructuras que conforman la cavidad bucal.

Imagen corporal y *ethos* personal del adolescente como escenarios de la salud dental

La conformación de un *ethos* personal del adolescente implica un proceso que comprende tanto la conformación de un juicio moral que transita de la heteronomía a la autonomía (Piaget, 1987, Kolberg, 1981), es decir, un pasaje de la pura obediencia frente a la autoridad del otro, a la progresiva independencia del juicio lógico-valorativo. Adicionalmente y, de acuerdo a Lillo (2004), comprende los significados de los cambios corporales –relativos al crecimiento físico y neuroendocrino– en la configuración de la identidad definitiva como adulto, así como las tendencias o movimientos emocionales que están presentes en la adolescencia, tanto regresivos como los progresivos.

Pero también, de manera muy importante, el *ethos* personal supondrá lo que podemos designar como un *posicionamiento ético-actitudinal*, es decir, una manera de situarse del adolescente en el mundo y una forma de establecer una "relación de sí consigo mismo", posicionamiento que se expresa, ya sea en un beneplácito o desencanto consigo mismo, una proactividad o una indolencia frente a los problemas, un conocimiento de sus cualidades y ventajas personales o, por el contrario, una devaluación de su persona que pueda derivar en actividades autodestructivas, así como la posibilidad de establecer vínculos colaborativos con otros o por el contrario la inclinación de aislarse y autosegregarse.

Desde ese lugar, debemos precisar que la dilucidación de este *ethos*, a decir de González (1996), implica la determinación del "sujeto del valor", donde el proceder de este sujeto lo cualifica, es decir, dado que al apropiarse o crear ciertos valores se otorga un valor a sí mismo.

Inscritos en esta tarea de definir al *sujeto que valora*, aquí nos limitamos a hablar de la adolescencia como una etapa crucial en la conformación del *ethos* personal y nos referimos a la ponderación de un valor particular, tal y como resulta ser *la salud*. Ambos, la consideración de la adolescencia como puntuación del devenir sujeto de valor y la asunción de la salud como valor primordial –más allá de un puro "bien" concreto–, hacen posible una combinatoria que arroja los siguientes tipos lógicamente situados:

A*dolescente autorregulado*: Se coloca en una posición emocionalmente estable, siendo auténtico y afirmativo hacia su persona. Se informa acerca de las condiciones y prácticas necesarias para alcanzar un estado de salud óptima. Establece junto con el odontólogo estrategias encaminadas a la prevención.

A*dolescente preocupado*: busca superar o remediar aspectos de su persona que le inquietan o afectan, ocupa los recursos a su alcance para mantener un estado adecuado de salud y resolver los problemas que se le presentan en un tiempo breve.

A*dolescente indolente*: no se valora a sí mismo y descuida su persona teniendo una pobre consciencia de lo que le puede afectar en su salud. Atiende asuntos de su salud solo bajo la coerción o presión de otros y demora o incumple el tratamiento prescrito.

A*dolescente autodestructivo*: tiene una baja autoestima y se deprecia a sí mismo, al grado de que intencionalmente hace cosas que dañan su salud o no las evita aún a sabiendas de que pueden resultarle nocivas. Evade la atención odontológica profesional o la desestima no obstante perciba el deterioro de su salud.

Para aclarar las condiciones y criterios bajo los cuales hemos podido formular esta tipología, debemos considerar lo siguiente: resulta claro que esta tipificación del "sujeto de valor", cambiaría al considerarse otro valor distinto a la salud como eje de su determinación, por ejemplo, la justicia, la igualdad, la verdad, la belleza, para mencionar algunos, lo cual implicaría además determinar el dominio de competencia de ese otro valor a considerar. Al respecto, debemos precisar que el alcance y pertinencia de esta tipología sólo puede ser establecido en relación con un ámbito clínico odontológico, es decir, en la medida en que permita determinar el punto de valoración en que se sitúa un paciente y en tanto que sea posible distinguir hacia qué otro nivel es posible orientarlo bajo un proceso de educación para la salud.

Finalmente, debemos aclarar que los criterios que subyacen a esta tipología no dejan de representar ciertas cualidades y competencias de las cuales tendrá que ser portador en este caso el "sujeto de la salud" en tanto que representante del "sujeto del valor". El odontólogo de práctica clínica deberá insistir o impulsar en sus pacientes adolescentes tales competencias, para que ellos puedan adoptar una mejor posición en la construcción de su *ethos* orientado a la salud bucal, a saber: capacidad de anticipación, autovaloración y autorespeto, capacidad para generar vínculos sociales y estrategias colaborativas, posibilidad de autenticidad y afirmación de sí mismo, así como aquellos descritos por González (1996), a

modo de "afirmación de la acción creadora", "actitud de serenidad y de goce".

Cuidado de sí y prácticas de higiene en la adolescencia: dialéctica de la autoestima y el reconocimiento social

Como podemos notar, las coordenadas en que se sitúa la adolescencia requieren ser determinadas para realizar un esfuerzo efectivo a fin de orientarlo a una mayor valoración y compromiso con su salud dental, lo cual implica, entre otras cosas, entender la dialéctica en que se juegan para él la autoestimación y el reconocimiento social, sus creencias en salud y sus prácticas de higiene, de modo que, no obstante sus carencias materiales o condiciones familiares, se le pueda impulsar para acceder a un estilo de vida sano. De ese modo, para la evaluación del proceso de institución del "sujeto de la salud" en tanto que representante del "sujeto del valor", proceso situado por mediación de la tipología aquí establecida, podemos destacar 10 dimensiones diferentes, cuya delimitación permitirá señalar los factores que influyen en el posicionamiento actitudinal del adolescente frente a su salud bucodental, como a continuación mostramos.

U*so de los servicios sanitario*: Esta dimensión se refiere a la frecuencia de uso, observancia o abandono de los servicios odontológicos, considerándose las causas por las cuales se visita o no se visita al odontólogo. De acuerdo con Hechavarría, Venzant, Caridad y Cabonell (2013) la rebeldía, el descuido en los hábitos de aseo personal, el rechazo a la autoridad de los padres, entre otros, son aspectos que distinguen a la etapa de la adolescencia y que hacen que esta población se encuentre ajena o lejana a los servicios sanitarios enfocados a preservar su salud bucal.

Según los resultados encontrados por estos autores, generalmente los adolescentes no asisten a consulta voluntariamente, únicamente se concretan citas cuando son llevados por sus padres, quienes también son los encargados de costear los servicios, por lo que el adolescente deslinda la responsabilidad de la atención a su salud bucal a sus padres, de quienes paradójicamente intenta desligarse.

A*utopercepción de la salud dental*: El adolescente se coloca en una dinámica de constante estimación, una mirada permanentemente orientada a sí mismo, a través de la cual podrá incluso emitir una autovaloración de su salud bucal. Esta valoración propia o autopercepción que podrá ser negativa o positiva organizará sus experiencias y guiará sus comportamientos (Swann, Chang-Schneider &McClarty, 2007).

De esta forma una valoración saludable del estado de su boca, sonrisa, e incluso aliento puede funcionar como un factor protector del estatus de su persona y promotor del cuidado de su salud, y viceversa, una valoración negativa de estos atributos podría convertirse en un objeto de vergüenza para el adolescente. En consecuencia una u otra valoración, en la mayoría de los casos, está conectada a la ponderación que realiza de su salud y bienestar en general.

P*rácticas de impacto en la salud oral*: En la adolescencia el individuo comienza a tomar una postura propia con respecto a sus prácticas de higiene bucal, una nueva relación con significación social o afectiva, dará la pauta al elegir prácticas de autocuidado que impactarán su salud bucal de manera positiva o por lo contrario que lo arrastrarán a conductas de riesgo, como el tabaquismo, la colocación de *piercings* bucales que astillan los dientes, u otras prácticas de riesgo, como una mala alimentación o traumatismos en la cavidad bucal causados por encuentros violentos, accidentes de tránsito, o incluso al practicar deportes sin protector que minimice cualquier impacto o lesión.

Esta dimensión implica también analizar los hábitos de higiene bucal del adolescente que, de acuerdo con Saliba, Isper, Moreira y Gonçalves (2009), pueden limitarse al cepillado poco frecuente de los dientes, sin hilo dental y sin cepillado de la lengua, lo que se torna un *locus* para la procreación y diseminación de microorganismos que fatalmente estarán en contacto con todo el medio bucal, esto exacerbado por un reemplazo de cepillo de dientes poco frecuente (Lafuente, et. al. 2002). Cabe destacar, en concordancia con lo que sucede en algunas otras dimensiones exploradas en este estudio, que investigaciones como la de Artacoz, Cortés, González y Bravo (2010) señalan que significativamente los hábitos de higiene bucodental son mejor en mujeres que en hombres.

M*otivación para la salud dental*: Descubrir cuáles son los motivadores que marcan la diferencia entre una actitud proactiva del adolescente entorno a su salud bucal o, en el otro extremo, una actitud autodestructiva, es objeto de esta dimensión. En ella se exploran los procesos autorregulatorios que involucran la selección, activación y dirección sostenida de conductas que impactan a la salud bucodental y que suele ser multifactorial.

Se trata de conocer lo que está detrás de la demanda de un tratamiento odontológico y que, de acuerdo con los resultados de las investigaciones existentes, puede estar impulsado por preocupaciones estéticas y factores psicosociales por encima de los funcionales. Así, en el estudio concretado por Saliba, et al. (2009) la estética es la principal razón para el cuidado bucal, en donde los participantes conceptuaron la salud bucal como la apariencia. En el nivel psicosocial, una boca saludable garantiza la manutención de la buena apariencia de la expresión y de la comunicación interpersonal, siendo así un factor de importancia mayor en la preservación de la autoestima.

P*reocupaciones estéticas*: La existencia de un ideal estético, establecido y compartido socialmente, supone una presión significativa, especialmente, para el adolescente quien se encuentra en la etapa de integración de su autoimagen presión que, de acuerdo con Artacoz, *et al*. (2010) tiende a ser mayor en mujeres, y que es el principal motivador de una mejor higiene bucodental, por encima de una preocupación por su funcionalidad.

La adecuación a los estándares estético corporales en boga desembocará incluso en una gran inversión de tiempo y esfuerzo por parte del adolescente para darles cumplimiento. Este esfuerzo exagerado –mayoritariamente en mujeres– incluso llegará a alterar prácticas alimentarias y desembocar en bulimia y anorexia, que ocasionan alteraciones bucales como lesiones erosivas en las superficies dentarias superiores por acción de la acidez de los vómitos, caries, enfermedad periodontal, menos cantidad de saliva y con mayor acidez, teniendo un impacto incluso catastrófico ya que, al igual que la constante evaluación a su boca, evalúa su cuerpo.

I*magen corporal*: se requiere determinar en qué medida los adolescentes valoran su salud oral y dentaria lo mismo que la de cualquier otra parte del cuerpo o su salud general, lo que es puesto de relieve al considerar la dimensión de imagen corporal, la cual podemos describir como una representación mental amplia de la figura corporal como totalidad o de cada una de sus partes, en su forma y tamaño, también está influenciada por factores culturales, sociales, individuales, biológicos que varían con el tiempo, y que además, implica cómo sentimos el cuerpo –insatisfacción, preocupación, satisfacción– y cómo actuamos con respecto a este –exhibición, evitación, etc.– (García, 2004). Para integrar su imagen corporal, los adolescentes exploran detalladamente los cambios corporales experimentados y analizan las posibilidades que les ofrecen en su entorno para mejorar su apariencia, tales como prendas de vestir, maquillaje, peinados, gestos, manera de hablar, expresiones faciales y posturas, y por supuesto, su sonrisa (Santrock, 2004). Aquí nuevamente el género juega un papel importante; en investigaciones como la realizada por Probst, Vandereycken, Vanderlinden y Coppenolle (1995), las jóvenes adolescentes muestran mayor insatisfacción corporal que los varones, puesto que los modelos culturales estéticos son más exigentes e inflexibles en los parámetros para definir la belleza femenina.

I*mpacto psicológico*: Durante la adolescencia se genera una sensación de perplejidad, dudas, miedos y ansiedad que la mayoría de los adolescentes enfrentan bajo diversas estrategias ya sean de confrontación o evasivas. No obstante, tales conflictos apuntan a la necesidad de conquistar una identidad personal, coherente con el entorno social en el cual se desarrollan. Dicha identidad está situada por valoraciones subjetivas y se produce en forma paralela al desarrollo social de la persona, valoraciones que, sin duda, establecen una nueva relación con su salud bucal. En el extremo, frente a la pérdida de un órgano dentario, durante el trabajo de duelo el yo se sitúa en relación con sus estados de ánimo dominantes. Con ello, se puede vislumbrar que una relación positiva con su salud bucal estará asociada a una mayor resiliencia y bienestar subjetivo, mientras que una relación negativa estará vinculada a una baja autoestima, predisposición a la depresión, ansiedad, inadaptación o incluso agresividad (Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffit & Caspi, 2005).

I*mpacto social*: El adolescente comienza a evaluar su actuación en cada una de las interacciones con otras personas y según los diferentes escenarios en los que se relaciona –como la familia, amigos, pareja, profesores, profesionales de la salud– reorientando sus prácticas o inclinaciones según la respuesta que emiten estos grupos ante el estado de salud bucal que el adolescente presenta.

Para el adolescente es muy importante cómo es percibido por el otro; ya sea movido por el deseo de ser visto, oído, elogiado, aprobado y respetado o evitar ser rechazados o excluidos, tensión que constantemente le genera estrés, ansiedad y tristeza.

Identidad y ethos: La transición entre la dependencia de la niñez y la independencia de la edad adulta comporta todo un proceso en el que, si bien al inicio los padres fungían como el espejo del narcicismo infantil e impulsaban en el sujeto cierta valoración de sí mismo ahora, ante la ganancia de independencia, todos los cambios en su desarrollo –a niveles biológico, social y psicológico– le provocan desequilibrios e inestabilidades que lo conducen a un cambio en el sentimiento valorativo de su ser y a una incomprensión de las causas que le conducen a comportarse de cierta manera.

Esta dimensión se refiere al carácter o índole del sujeto, que lo determinan como un portador de valores, caracterizado por una serie de rasgos personales, y capaz de ejercer juicios o contar con un conjunto de criterios que lo llevan a preferir o elegir por determinadas opciones y alejarse de ciertas cosas.

P*roblemas funcionales y patologías bucales*: Finalmente, nos referimos a problemas funcionales y patologías bucales al hablar de los padecimientos, accidentes o traumatismos que pudieran ocasionar trastornos en la salud bucal con consecuencias a corto o largo plazo. En congruencia con lo arriba señalado y de acuerdo con datos recientes sobre la demanda de atención odontológica en los servicios de salud en México, la caries siguen siendo el padecimiento con mayor prevalencia, seguido de las enfermedades periodontales tales como la gingivitis y la periodontitis. Además de ellas otras enfermedades bucodentales que describe la OMS son las infecciones fúngicas, bacterianas o víricas por VIH, traumatismo bucodental, labio leporino y paladar hendido, además de mencionar las maloclusiones dentales y esqueletales.

El papel social del odontólogo en la promoción de "comunidades éticamente competentes" para la vigilancia epidemiológica de la salud oral

La tarea más urgente, que hasta ahora hemos señalado de manera indirecta, se refiere a la *educación para la salud* estructurada bajo un doble propósito: a) impulsar la autonomía individual de modo que toda persona se haga cargo de su salud bucal de manera activa y adhesiva; y b) la promoción de "comunidades éticamente competentes" para la permanente vigilancia de la salud oral, donde el odontólogo aparece como el agente o promotor principal de tales comunidades que integran ya sea adultos, adolescentes o infantes.

Desde ese lugar, se debe destacar que la adolescencia no cae en un vacío contextual, ni la atención odontológica que se les brinda escapa de una determinación histórica, por lo que debemos tener en consideración la serie de transformaciones en nuestras sociedades mundializadas, ya que constituye el nuevo escenario al que asiste la odontología como práctica de salud y que nos alerta acerca de los retos que enfrenta en la promoción y educación para la salud dental de la población.

En este sentido, podemos acotar brevemente que asistimos a un proceso de mundialización caracterizado por transformaciones tecnológicas en el campo de la informática y las telecomunicaciones, así como de globalización de la economía y expansión planetaria del capital transnacional, que involucra una nueva división internacional del trabajo. Tal proceso de mundialización ha generado una serie de megatendencias que han sido caracterizadas de distinta manera, habiendo un relativo consenso en la importancia de las siguientes: "el crecimiento y reconfiguración de la población humana, que pone en cuestión el modelo occidental; las discontinuidades en el entorno, que vienen alterando la estructura de la Tierra (por ejemplo, el cambio climático); la tecnología como elemento de quiebre; el colapso de la economía mundial; y la reconfiguración en la administración del poder mundial" (Sanborn y Alva, 2013).

A su vez, tales megatendencias, en la medida en que impactan el orden social y las condiciones de existencia en general, se traducen en "diferentes tendencias en la relación entre salud y globalización, basadas en algunos efectos de la globalización económica, tecnológica, cultural y política y (…) consecuencias y alternativas (…) sobre la salud: epidemiológicas, éticas, sanitarias, ambientales, de poder y de equidad" (Franco, 2003).

Siguiendo esta línea de análisis, encontramos, de manera más específica en el ámbito de la salud, la reconfiguración de los perfiles epidemiológicos lo cual describe el paso de enfermedades primordialmente infecciosas o infectocontagiosas a enfermedades crónicas no transmisibles. Al respecto precisan Soto, Moreno y Pahua (2016), lo siguiente:

> (…) al patrón de enfermedades infecciosas y de deficiencias de la nutrición se han agregado enfermedades crónico-degenerativas y desórdenes mentales, producto de la interacción entre factores genéticos, otros factores biológicos como el envejecimiento y la distribución de grasa corporal, aunados a las exposiciones ambientales genera-

das por las cambiantes formas de vida mediadas por el contexto socioeconómico en el que viven las personas.

Desde ese lugar, otro acontecimiento importante se refiere a un cambio en las estrategias de prevención de la salud para hacer un mayor énfasis en las acciones de "prevención y la promoción de la salud para evitar la instalación de las enfermedades, antes de que pudiesen causar daño en las personas" (Celis, 2017). O, del modo en que es expresado por Pimentel y Correal (2015), "los sistemas de atención sanitaria están llamados a pasar de un enfoque asistencialista y curativo, hacia un enfoque preventivo y promotor de la salud y la vida, como lo menciona la estrategia de Atención Primaria en Salud".

En este contexto, es revalorada la atención primaria a la salud (APS) como función central del sistema nacional de salud y en su carácter de "asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación…" (Conferencia OMS-Unicef, de Alma-Ata, 1978). De ese modo, y de acuerdo con Celis (2017), el modelo actual de APS debe ser familiar y comunitario, articulando la responsabilidad del Estado en la salud con los esfuerzos de los profesionales de la salud, de modo que, "donde no necesariamente se tienen todos los recursos para poder resolver todas las patologías de la población de manera curativa, por lo que es importante insertar la prevención y promoción, como mejor método para mantener salud; de esta forma, este nuevo paradigma se enfoca en la salud –no en la enfermedad– y entrega de herramientas para el autocuidado, tanto a nivel individual, como familiar, y muy relevantemente a nivel comunitario, en el empoderamiento de las comunidades para poder mantener el estado de salud".

Método

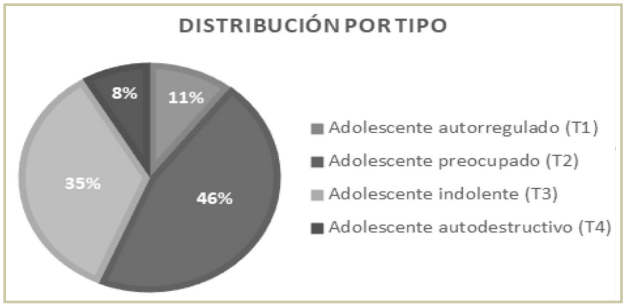
La población de adolescentes estudiada, constó de un total de 94 estudiantes provenientes de una escuela de enseñanza media bajo el sistema de telesecundaria, ubicada en la zona conurbada del Estado de México. Los participantes pertenecientes al 1° y 2°grado de telesecundaria, 60% fueron hombres (56) y el 40% mujeres (38), y su rango de edades osciló entre 13 y 16 años.

Para la evaluación del modo en que los adolescentes se relacionan con su salud bucal y se construyen como sujetos de salud, se formuló un cuestionario con las siguientes características: constó de un total de 34 ítems que evalúan las 10 dimensiones: uso de los servicios sanitario, autopercepción de la salud dental, prácticas de impacto en la salud oral, motivación para la salud dental, preocupaciones estéticas, imagen corporal, impacto psicológico, impacto social, identidad y *ethos*, problemas funcionales y patologías bucales, descritas en la introducción.

Durante la aplicación del instrumento se contó con la colaboración de las instructoras del plantel, quienes instruyeron al grupo de estudiantes para responder al cuestionario, luego del encuadre proporcionado por los investigadores a modo de consentimiento informado. Finalmente, para dar crédito de la confiabilidad e informar la consistencia interna de este instrumento de evaluación se calculó el coeficiente α de Cronbach, encontrando como resultado 0.732 suficiente para garantizar la fiabilidad de los resultados este estudio.

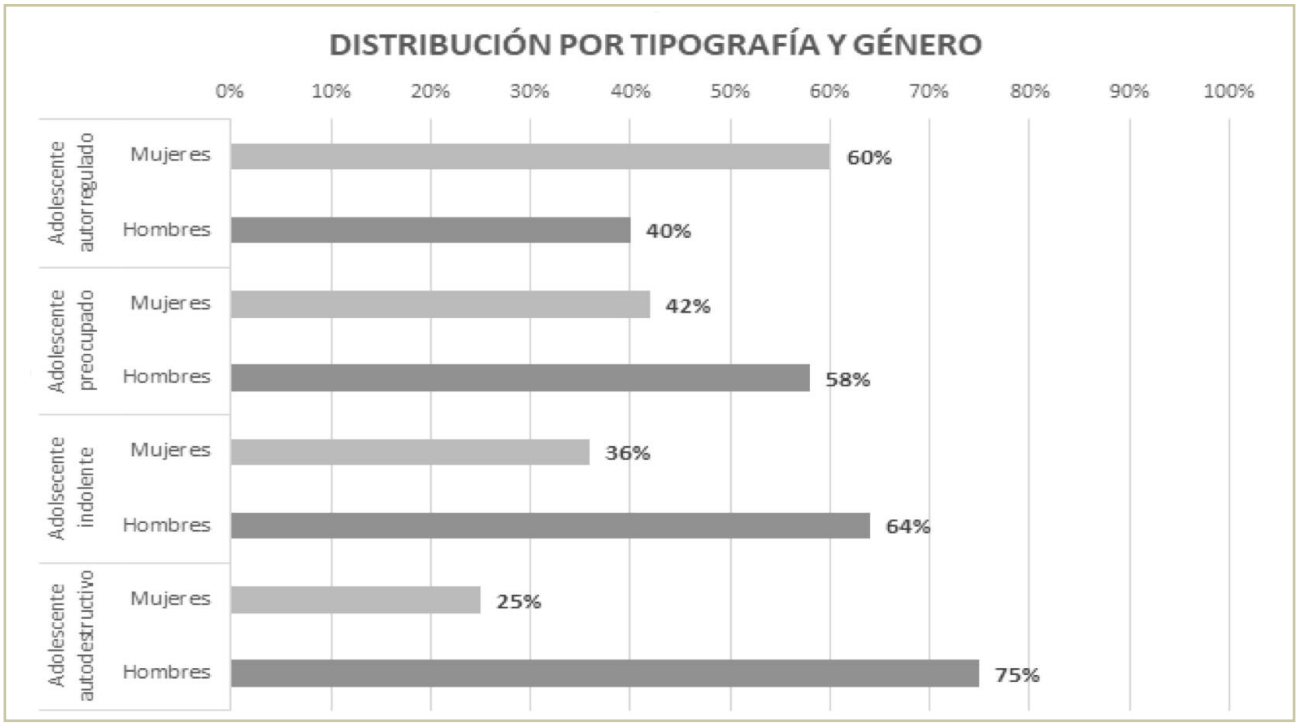
Resultados

El instrumento diseñado permitió la tipificación de la población estudiada como nos muestra la Gráfica 1, donde encontramos que el tipo de mayor prevalencia en la muestra estudiada es el tipo 2, *adolescente preocupado* con un 46%, seguido del tipo 3 que describe a un *adolescente indolente* con un 35%, en tercer lugar encontramos al *adolescente autorregulado* con un 11%, y solamente un 8% de la muestra encuestada podría denominarse como un *adolescente autodestructivo*. La importancia de esta tipificación radica en que hace posible determinar la relativa urgencia de la tarea pre-



Grafica 1. Muestra la prevalencia dentro de la tipología de adolescentes definida, caracterizados por su grado de compromiso y autopercepción frente a su persona y su salud dental

Fuente: Elaboración propia.



Gráfica 2. Muestra la distribución del tipo de adolescente según la tipología establecida, con mayor prevalencia según el género

Fuente: Elaboración propia.

ventiva para incidir en una población de adolescentes bajo la expectativa de mejorar sus hábitos de higiene y su compromiso hacia su salud dental en general.

Por su parte, la Gráfica 2 nos muestra los resultados obtenidos al realizar un balance de la distribución de la muestra de acuerdo al género y tipología. De manera específica, nos revela que en la población femenina predomina el tipo 1, con un 60% del total de participantes categorizados como *adolescente autorregulado*. En contraste, el 64% de los participantes categorizados en la tipología como *adolescente indolente* son hombres, resultado que se ve endurecido bajo la incidencia del tipo 4 *adolescente autodestructivo*, donde el género dominante es el masculino con un muy significativo 75%. En cuanto al tipo 2 *adolescente preocupado*, el 58% de total de participantes incluidos en este tipo fueron hombres contra un 42% que fueron mujeres.

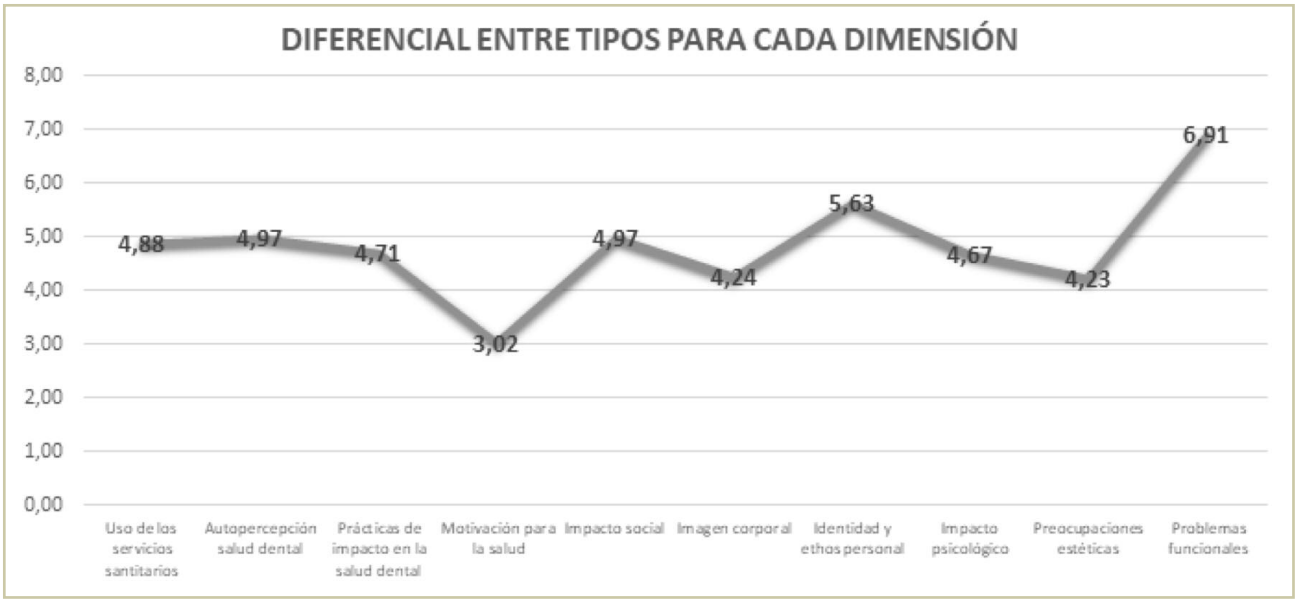
Para determinar cuál de las diez dimensiones podría tener un mayor impacto y diferenciar o perfilar a un individuo en cada tipo específico dentro de la tipología, medimos el diferencial entre las respuestas de los participantes en cada dimensión, encontrado, como lo muestra la Gráfica 3, que la dimensión *motivación para la salud* con un diferencial de 3.02 representa la dimensión que menor distinción deja entrever en la tipología. Es decir, que independientemente del tipo, los motivadores para la salud seleccionados por los adolescentes tienden a ser los mismos para los cuatro tipos.

En contraste, la dimensión *problemas funcionales* (6.9), es la que observa una mayor diferencia entre los tipos; es decir, los adolescentes tipo 1 no han padecido problemas funcionales mientras que los tipo 4 sí; por lo que esta dimensión tiene más significancia para su clasificación. En segundo lugar encontramos la dimensión de *identidad y ethos personal* (5.63), posteriormente el *impacto social* (4.97) y la *autopercepción de la salud dental* (4.97).

Finalmente, con un diferencial menor se encuentra la dimensión de *uso de los servicios sanitarios* (4.88), posteriormente las *prácticas de impacto en la salud dental* (4.71) seguido del *impacto psicológico* (4.67) y las *preocupaciones estéticas* (4.23).

Conclusiones

Podemos considerar a la *educación para la salud* orientada al trabajo odontológico con adolescentes como: a) un proceso formativo y de comunicación interpersonal, b) dirigido a establecer pautas, proporcionar informaciones, situar la toma de decisiones, y ampliar las fuentes de motivación hacia un estado de



Gráfica 3. Describe el impacto relativo de las dimensiones evaluadas relativas a las preferencias observadas por los distintos tipos de adolescentes destacados por la tipología propuesta
Fuente: Elaboración propia.

salud óptima, c) orientado a un "examen crítico de los problemas de salud para responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales" de las acciones atingentes y las soluciones pertinentes. Desde este puntual panorama estratégico, podemos considerar que el presente trabajo contribuye en un triple sentido a tales propósitos: 1) permite distinguir que la educación para la salud comporta una dimensión esencialmente ética, implicando el desarrollo del *ethos* personal del adolescente como "sujeto del valor"; 2) aporta una tipología que hace posible al profesional de la salud determinar el posicionamiento actitudinal del adolescente, de modo que lo pueda impulsar a escalar posiciones más elevadas de manera intencional; 3) favorece la posibilidad de establecer una vigilancia epidemiológica al proponer un instrumento que pondera diez dimensiones que determinan la actuación del adolescente.

Por otra parte, podemos notar que la evaluación de los hábitos de higiene bucal debe establecer una diferencia entre la creencia (lo que el individuo piensa o sabe que sería lo idóneo) y las prácticas efectivas (lo que realmente hace aún consciente de su insuficiencia o no pertinencia), pero este contraste solo puede ser alcanzado bajo un seguimiento más puntual de cada adolescente o el cruzamiento de la información con otros informantes clave, por ejemplo los padres.

Desde ese lugar, notamos que el instrumento como tal puede favorecer una autoevaluación primigenia –a manera de "función de espejo"– es decir, de un modo en que el adolescente no se había pensado antes a sí mismo. No obstante lo anterior, el instrumento aquí utilizado nos posibilitó la detección del posicionamiento del adolescente en un tipo específico de manera inequívoca, lo cual permite determinar qué tan probables o características puedan ser sus prácticas de salud, su autopercepción y el compromiso que el adolescente muestra hacia su persona y hacia su salud bucal. Esto proporciona al odontólogo de práctica clínica las siguientes ventajas operativas: a) permite conocer el posicionamiento subjetivo del adolescente frente a su salud; b) informa del nivel de compromiso que el adolescente ha construido hacia su salud bucal y las posibilidades o grado de urgencia de conducirlo a otro nivel de responsabilidad; c) puede notar la oscilación característica del adolescente y fortalecer sus creencias o modificar sus prácticas de manera diferencial a lo largo de su transición adolescente.

Otro aspecto sobresaliente en los resultados encontrados en este estudio se refiere a que el género femenino representa una variable que se correlaciona con una posición ético actitudinal más positiva y proactiva en torno al cuidado de la salud bucodental, ya que el análisis apuntó al género femenino como dominante en los dos tipos más diligentes en torno al cuidado de la salud bucodental: el adolescente autorregulado y el adolescente preocupado, mientras que

la mayoría de los participantes del género masculino se distribuyeron principalmente en el tipo adolescente indolente y el adolescente autodestructivo. Este señalamiento está en concordancia con los resultados encontramos en otras investigaciones como la de Artacoz *et al.* (2010) y Probst *et al.* (1995), que nos invitan a tomar en consideración la inflexibilidad y mayor exigencia en los parámetros socioculturales y estéticos de los que es objeto el género femenino, pero que finalmente generan en ellas una mayor valoración y una actitud más proactiva e interesada en su salud bucodental.

Finalmente, la significación del presente trabajo radica en que viene a suplir un déficit en los estudios sobre la etapa de transición adolescente, cuestión que consideramos resulta urgente por los siguientes motivos: a) la transición adolescente marca a nivel anátomo-morfológico el escenario en el cual se delinea las características faciales y bucales hacia un perfil futuro; b) los trastornos funcionales en este periodo se hacen más visibles para su entorno social y generan una mayor demanda de atención; c) a nivel de tratamiento odontológico, al inicio de la adolescencia se pueden realizar tratamientos interceptivos los cuales no son tan drásticos o tienen menor dificultad, mientras que al final de la adolescencia, cuando el desarrollo morfológico de la cara ha cesado, los tratamientos pueden derivar en la extracción no deseada de algunos órganos dentales, o requerir tratamientos quirúrgicos que implican mayor riesgo médico y costo económico; d) a nivel psicológico la adolescencia representa un periodo de transición que permite instaurar el valor de la salud bucodental como esencial y prioritario, siendo el momento oportuno para hacer evidente el impacto que trae consigo la asunción del cuidado de la salud bucal o descuido de ella, fijando los cimientos que promoverán un autorrespeto y autorregulación.

Referencias

ARTACOZ, J., CORTÉS, F.J., GONZÁLEZ, P. y BRAVO, M. (2010). Percepción y hábitos de salud bucodental en niños y adolescentes de Navarra. *An. Sist. Navar.*, 33. 51-64.

BORZABADI-FARAHANI A, BORZABADI-FARAHANI A, ESLAMIPOUR F. (2009) Malocclusion and Occlusal Traits in an Urban Iranian Population. An Epidemiological Study of 11 to 14 years-old Children. *Eur J Orthod* 2009; 31: 477-484.

CÁRDENAS L, ELIZONDO M, DÁVILA C, MORCOS K, GONZÁLEZ Luis (2018). Prevalencia de maloclusiones dentales y necesidad de tratamiento en adolescentes mexicanos, utilizando el índice de estética dental (DAI). *Revista Mexicana de Estomatología*. 2018; Enero-Junio Vol. 5 N°1.

DAVIES S.J. (2007). Malocclusion-A Term in Need of Dropping or Redefinition? *Br Dent J*; 202: 519-520.

FRANCO, A. (2003). Globalizar la salud. *Gaceta Sanitaria*. 17, 2, Barcelona, marzo-abril, 2003.

GARCÍA, R. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de ambos sexos con y sin diabetes mellitus tipo 1. *Dialnet*. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=5179

GONZÁLEZ, J. (1996). *El ethos, destino del hombre*. México: FCE.

HECHAVARRIA MARTÍNEZ, Bárbara Olaydis, VENZANT ZULUETA, Sucel, CARBONELL RAMÍREZ, Mireya de la Caridad & CARBONELL GONSALVES, Cristina (2013). Salud bucal en la adolescencia. MEDISAN, 17 (1), 117-125. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100015&lng=es&tlng=es.

KASSIS A, BOU-SERHAL J, BASSIL-NASSIF N. (2010). Malocclusion in Lebanese Orthodontic Patients: An Epidemiology and Analytic Study. An Observational Retrospective Study. IAJD 2010; 1: 35-43.

KOHLBERG, L. (1981). The Philosophy of Moral Development. Moral Stages and the Idea of Justice. San Francisco, CA: Harper&Row Pubs.

LAFUENTE, P.J., GÓMEZ, F. J, AGUIRRE, B., ZABALA J., IRUZUN, E. y GORRITXO (2002). Estilos de vida determinantes de la salud oral en adolescentes de Vitoria-Gasteiz: evaluación. *Aten Primaria*, 59, 213-217.

LILLO ESPINOSA, J.L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24, 90.

MIITCHELL L, CARTER NE, DOUBLEDAY B. (2001). *An Introduction to Orthodontics*. New York: Oxford University Press.

MTAYA M, BRUDVIK P, ÅSTROM A. (2009). Prevalence of Malocclusion and its Relationship with Sociodemographic Factors, Dental Caries, and Oral Hygiene in 12 to 14 years-old Tanzanian Schoolchildren. *Eur J Orthod*. 31: 467-476.

NASHASHIBI I, DARWISH SK, KHALIFA El R. (1983). Prevalence of Malocclusion and Treatment Needs in Riyadh (Saudi Arabia). *Odontostomatol Trop*. 4. 209-214.

OREDUGBA FA. (2007). Oral Health Condition and Treatment Needs of a Group of Nigerian Individuals with Down Syndrome. *Downs Syndr Res Pract*. 12: 72-76.

PIAGET, J. (1987). *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

PIMENTEL, G. J. y CORREAL, M.C. (2015). Reflexiones sobre el concepto de salud comunitaria y consideraciones para su aplicación. *Revista Científica Salud Uninorte*. 31, 2.

PROBST, M.; VANDEREYCKEN. W.; VANDERLINDEN, J. y COPPENOLLE, H. (1998). The Significance of Body Size Estimation in Eating Disorders: Its Relationship

with Clinical and Psychological Variables. I*nternational Journal of Eating Disorders* 24 (2):167-74. October 1998.

SALIBA, C.A., ISPER, A. J., MOREIRA, R. y GONÇALVES, P. (2009). La salud bucal en la percepción del adolescente. R*evista de Salud Pública*, 11, 268-277.

SANTROCK, J. W. (2004). A*dolescencia. Psicología del desarrollo*. España: McGraw Hill.

SOTO, E.G., MORENO A.L. y PAHUA, D.D. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. R*ev. Fac. Med.* (Méx.) 59, 6 Ciudad de México nov./dic. 2016.

SWANN, W.B., CHANG-SCHNEIDER, C. y MCCLARTY, K. (2007) Do People s Self-Views Matter? A*merican Psychologist*, 62 (2), 84-94.

VALENZUELA, V. T. (2016). V*igilancia Epidemiológica*. Recuperado de: https://www.sabin.org/sites/sabin.org/.../oct21_1000valenzuela.pdf

VELÁZQUEZ, M. O., VERA H. H., IRIGOYEN C. M., MEJÍA G.A., SÁNCHEZ P. T. (2003). Cambios en la prevalencia de la caries dental en escolares de tres regiones de México: encuestas de 1987-1988 y de 1997-1998. R*ev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 13 (5).