

**SALUD BUCAL Y PERCEPCIÓN DE SALUD FAMILIAR DE ADOLESCENTES
EMBARAZADAS DE LA FUNDACION JUAN FELIPE, 2013-2014**

**ORAL HEALTH AND PERCEPCIONS ON FAMILY HEALTH RELATED TO
TEEN PREGNANCY AT THE JUAN FELIPE FOUNDATION, 2013-2014**

Shirley Diaz Cárdenas (1)

Katherine Arrieta Vergara (2)

Dagoberto Chacón Meneses (3)

Habilton Rangel Serpa (3)

1. Odontóloga. Magister en Salud Pública, Especialista en Salud Familiar y Gerencia en Salud. Profesora asistente.

2. Odontóloga, Magíster en Salud Pública, Profesora asociada Departamento de Preventiva y Social facultad de Odontología Universidad de Cartagena. Correo electrónico: katherinearrieta@hotmail.com - tel. 095-6698173 ext. 115

3. Estudiantes X Semestre de Odontología. Facultad de Odontología. Universidad de Cartagena.

FUENTE DE CONTACTO: Shirley Díaz Cárdenas Universidad de Cartagena. Campus Ciencias de la Salud. Barrio. Zaragocilla. Facultad de Odontología. Departamento de Odontología Preventiva y Social. Tel. 095-6698173 ext. 115. E-mail: shyrley77@hotmail.com-

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno declarado.

FUENTE DE FINANCIACIÓN: ninguna.

INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE CARTAGENA.

RESUMEN

OBJETIVO. Describir el estado de salud bucal y la percepción de salud familiar de las adolescentes embarazadas de la Fundación Juan Felipe de Cartagena 2013-2014. **MÉTODOS.** Este estudio es de tipo descriptivo. La población estuvo formada por 300 adolescentes embarazadas beneficiarias de la fundación Juan Felipe. Se aplicó una encuesta indagando la relación con la familia con el instrumento ISF: GES17 y el APGAR familiar. Además se evaluó la cavidad oral de las embarazadas para determinar su condición, utilizando los índices de O'Leary, COP-D e ICNTP. Para analizar la información se utilizó análisis univariado (frecuencias, proporciones) y para la significancia estadística de las variables se realizó la prueba χ^2 teniendo en cuenta un valor de $P < 0,05$. **RESULTADOS.** Se observó mayor prevalencia de embarazadas en su segundo trimestre. La media de edad de las evaluadas fue de 16,9 años, las cuales presentaban bajo nivel de escolaridad (61%) y el estrato socioeconómico más frecuente fue el bajo (71,3%). Se pudo establecer que en el 53% de las adolescentes el embarazo fue no deseado, en cuanto a factores de riesgo que manejan las familias con gestantes se detectó que el 52% se halla satisfecha. Se evidenció la presencia de gingivitis en un 100% y el 92% de las adolescentes presentó un índice de placa mayor de 30%. **CONCLUSIONES.** Con los datos obtenidos en salud oral de la población estudio y en relación con el riesgo familiar, se hace necesario implementar políticas que faciliten la promoción y prevención en salud oral y fortalecer la funcionalidad familiar.

PALABRAS CLAVE: adolescente embarazada, riesgo familiar, salud bucal.

ABSTRACT

OBJECTIVE. Describe the oral health status and perceived family health of pregnant teenagers Foundation Juan Felipe Cartagena 2013-2014. **METHODS.** This study is descriptive. The population consisted of 300 pregnant adolescents beneficiaries of the foundation Juan Felipe. A survey investigating the relationship with the family with the instrument ISF GES17 and family APGAR was applied. Besides the oral cavity of pregnant was evaluated to determine its condition, using indices O'Leary, COP-D and ICNTP. To analyze the information univariate analysis (frequencies, proportions) was used and the statistical significance of the variables the χ^2 test was given a value of $P < 0.05$. **RESULTS.** Higher prevalence of pregnancy was observed in the second quarter. The mean age of the assessed was 16.9 years, which had low educational level (61%) and the most common social level was low (71.3%). It was established that 53% of adolescent pregnancy was unwanted, regarding risk factors that handle families with pregnant women was detected that 52% is satisfied. The presence of gingivitis was evidenced by 100% and 92% of adolescents presented a plaque index greater than 30%. **OPINION.** With the data

obtained in the study of oral health in relation to population and family risk, it is necessary to implement policies that facilitate the promotion and prevention in oral health and strengthen family functioning.

KEYWORDS: pregnant teenagers, family risk, oral health.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa crucial del ser humano, por la gran turbulencia de transformaciones físicas, psicológicas que ella implica. Es entonces un puente que enlaza la niñez a la adultez, un puente cuya resistencia o firmeza dependerá en gran medida del entorno donde se desarrolle el individuo siendo este conformado por la familia, la cual se determina como un sistema abierto en el que está inmerso un contexto social y cultural que muchas veces ocasiona factores de riesgo. Dentro de la familia las adolescentes son uno de los miembros más vulnerables, quienes requieren el respaldo de su núcleo familiar para transitar de la mejor manera posible, el mencionado puente, ya que sus bases la conforman entre otros, la estructura y funcionalidad de la familia. En algunas ocasiones se puede presentar el embarazo en la adolescencia aunque este signifique el inicio y disfrute de una nueva situación, de un horizonte cargado de expectativas y tareas, cuando es a temprana edad, la gestación expone a la persona a padecer múltiples circunstancias y sensaciones desagradables, si tenemos en cuenta que el embarazo indeseado acarrea un sinnúmero de situaciones que aumentan el riesgo de morbilidad materna y neonatal y el mayor riesgo de perpetuar el círculo vicioso de la pobreza en que una adolescente embarazada corre el peligro de suspender prematuramente sus estudios y posteriormente adquirir un subempleo (1). De ahí la importancia que le dan algunos sectores de la sociedad a realizar

un estudio a fondo de los factores implicados en este flagelo que perjudica a la sociedad debido fundamentalmente a que la juventud es la base del desarrollo de los pueblos. El embarazo constituye un período de grandes modificaciones fisiológicas en el organismo durante el cual se pueden presentar alteraciones en el estado de salud bucal, pero el embarazo por sí sólo no es capaz de provocar enfermedad, es necesaria la influencia de factores relacionados con el estilo de vida, que junto con los factores biológicos condicionan la aparición de enfermedades bucales. Falta de la eliminación biomecánica de la placa bacteriana puede ocasionar problemas gingivales que ocurren frecuentemente tanto en niños como en adultos, originada por factores locales o sistémicos. En el embarazo se asocian estos dos agentes etiológicos el factor sistémico con los cambios hormonales, y localmente por presencia de la placa bacteriana (2). La descripción de los cambios gingivales en la gestación data de 1898, aún antes de que se contara con los conocimientos, sobre los cambios hormonales en el embarazo. La gingivitis del embarazo es consecuencia de la placa bacteriana del mismo modo que en las no embarazadas. La gestación acentúa la reacción gingival ante la placa y modifica la situación clínica resultando afectada directamente la microvascularización de la encía. Ante la ausencia de irritantes locales, no suceden cambios notables en la encía durante el embarazo. Las enfermedades bucales tienen relación con el nivel de instrucción y los hábitos de la población, lo cual confirma una vez más el hecho de que los estilos de vida son uno de los determinantes principales de la salud de los países. La promoción de la salud bucal durante el embarazo es una de las medidas que puede contribuir a mejorar la calidad de vida de la embarazada y su hijo. En la actualidad, la distribución y severidad de las enfermedades

orales varía de una región a otra y su aparición está fuertemente asociada con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente se detecta la necesidad de realizar este proyecto con el objetivo de identificar el estado de salud bucal y la percepción de salud familiar de las adolescentes embarazadas beneficiarias de la fundación Juan Felipe.

MATERIAL Y MÉTODOS.

TIPO DE ESTUDIO: Estudio descriptivo de tipo transversal.

POBLACIÓN Y MUESTRA: Se incluyeron adolescentes en estado de gestación, con edades entre 11 a 19 años pertenecientes a la fundación Juan Felipe de la ciudad de Cartagena, durante el segundo semestre del 2013 y el primero del 2014, conformando una muestra de 280 evaluadas.

MUESTREO: Con base en la población de adolescentes embarazadas que asisten a la fundación Juan Felipe, se determinó la muestra representativa objeto de análisis la cual corresponde a la totalidad de mujeres que cumplían con los criterios de inclusión del proyecto.

PROCEDIMIENTO: Por ser un estudio descriptivo con mediciones sobre seres humanos, los procedimientos se soportaron en la Declaración de Helsinki de 1975, modificación de Edimburgo 2000 (3) , y en la Resolución 008430 de 1993 del antiguo Ministerio de Salud de la República de Colombia (4), y se diligenció un consentimiento informado por escrito, en el que se le explicaba a los participantes el propósito del estudio, los riesgos a que

podrían estar expuestos durante el examen clínico y los beneficios que se obtendrían a partir de los resultados.

Se realizó una encuesta auto-administrada, la cual fue diligenciada a total satisfacción, comprometiéndose a incluir los datos con veracidad y se les garantizó total confidencialidad con la información personal a que tendrían acceso los investigadores. Luego se ejecutó un examen clínico intraoral usando un instrumental de diagnóstico y sonda periodontal.

Instrumentos: La higiene bucal se obtuvo a partir de la suma de múltiples variables. Donde se le dio valor de 0 al riesgo y valor de 1 a hábitos saludables, el valor máximo es de 5 y el punto de corte para el análisis fue de 3 donde puntuaciones por encima de 3 presenta prácticas deficientes de salud bucal y los que puntúan menos aplican conductas saludables en lo referente a cuidado bucal. Se realizó control de placa dento-bacteriana utilizando el índice O'Leary (5). Este se realizó tomando las 4 superficies de los dientes (6). El resultado del índice de O'Leary se expresa en forma de porcentaje, el punto de corte para el análisis bivariable fue de 30% representando por debajo de este riesgo bajo, lo contrario de quienes estaban sobre este valor. Además se usó el Índice Periodontal de Necesidades Comunitarias ICNTP (TNF) (7) propuesto por la OMS, registra las condiciones comunes y tratables: sangramiento e inflamación gingival, bolsa periodontal y cálculos. Divide la boca en sextantes definidos por los dientes (11, 16, 26, 31, 36 y 46). Clasificando el tratamiento en **TNO**: No requiere tratamiento, **TN1**: instrucciones de higiene oral y motivación, **TN2**: detartraje supragingival, profilaxis, instrucciones de higiene oral y motivación, **TN3** tratamiento complejo (detartraje subgingival y alisado radicular), profilaxis, instrucciones

de HO y motivación (8). La historia de caries dental fue analizada a través de la media de COP-D (9). En este estudio se utilizó la suma de dientes cariados, obturados y perdidos, utilizado 5 como punto de corte.

Para evaluar la percepción de la Salud Familiar se utilizó el índice de salud familiar en gestantes (ISF: GES 17) (10); este es un instrumento de salud familiar compuesto por diecisiete ítems que puntúa en dos escalas: organización sistémica y satisfacción. Esta cuenta con una escala de Likert, esta se puntúa con valores de 4, 3, 2 ó 1. Las escalas están destinadas a indagar sobre aspectos relacionados con la organización interna de la familia, clasificando en tres grupos resultantes del análisis de factores.

Escala de salud familiar total: este se define en tres categorías: Familia muy saludable (PE > 65); Familia saludable (PE 65-45) y Familia poco saludable (PE <45). Con el fin de identificar aquellas familias con puntajes extremos, bajos, o altos; se definieron dos puntos de corte, los que están por debajo de 1.5 de la desviación estándar de la media se consideran familia poco saludables, y los puntajes por encima de 0.5 desviación estándar de la media corresponden a las familias muy saludables. Tras definir los puntos de corte en la escala de puntuaciones E, se procedió a establecer la equivalencia de tales puntos en la escala de percentiles, en esta el punto de corte superior se encuentra en el percentil 61 y el inferior en el percentil 9. Para medir la funcionalidad familiar, se utilizó el APGAR familiar con base en las dimensiones de adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos el cual divide las familias en funcionales y disfuncionales, para el análisis bivariado se dicotomizó quedando como factor de riesgo, 0 cualquier tipo de disfuncionalidad familiar y 1 buena funcionalidad familiar.

Las encuestas fueron aplicadas por tres examinadores entrenados en un pilotaje previo, realizado sobre embarazadas con características similares a la población objeto de estudio, se tuvo en cuenta la plausibilidad de las preguntas de acuerdo al contexto y la comprensión que los participantes tenían con respecto al instrumento utilizado y se revisaron los resultados de las pruebas pilotos con el especialista de Salud Familiar del estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Los criterios de selección que se tuvieron en cuenta fueron: edad entre 11 y 19 años, ser primegesta, tener un embarazo sin complicaciones médicas, saber leer, escribir y ser beneficiaria de la Institución Juan Felipe de primera vez.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Se excluyeron las embarazadas con algún tipo de enfermedad psiquiátrica o debilidad mental, enfermedades crónicas que comprometieran la evolución del embarazo (como cardiopatías, diabetes mellitus, epilepsia, etc.); complicaciones médicas mayores (amenaza de aborto, toxemia gravídica, amenaza de parto prematuro, defecto congénito, etc.); embarazo producto de violación, abuso de sustancias o incesto.

VARIABLES: Se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas como la edad, procedencia, si actualmente se encuentra estudiando, nivel de escolaridad, seguridad social, trabajo, rol familiar. Variables sociodemográficas de la familia como vivienda, tipo de vivienda, tipo de familia, riesgos en la familia, estado laboral, ingresos económicos, estrato socioeconómico, nivel de escolaridad, ocupación de los padres y cónyuge. Hábitos de higiene oral. Se evaluó el acceso sobre el servicio odontológico. Condiciones del servicio odontológico. También se consideraron los resultados del examen clínico

utilizando como parámetros, el Índice COP, el Índice de placa O'Leary, diagnóstico periodontal y el Índice TNF.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Luego de la tabulación de los datos, se organizaron las variables objeto de estudio por frecuencias absolutas, relativas y promedios; características socio-demográficas, salud bucal, diagnósticos de estructuras orales, índice TNF, características psicoactivas, mitos entre salud bucal, funcionalidad familiar en gestantes. Para las relaciones entre índice de placa y hábitos de salud bucal con variables socio-demográficas y salud familiar se categorizaron las variables cuantitativas a dicotómicas. Se utilizó la prueba chi², usando un nivel de significancia límite de $P < 0,05$, teniendo en cuenta intervalos de confianza del 95%.

RESULTADOS: Se realizaron 300 encuestas de adolescentes gestantes y al momento de realizar el examen intraoral no estaban 20 embarazadas que dejaron de asistir a la fundación las cuales fueron excluidas de la investigación para obtener una muestra total de 280 adolescentes gestantes.

La media de edad de las mujeres evaluadas en el presente estudio fue de 16,9 años (DE: 0,13), las cuales presentaban bajo nivel de escolaridad (61%), el estrato socioeconómico prevalente fue el bajo (71,3 %). El 45% se hallaban en el 2° trimestre de embarazo.

Además en el riesgo por tipo de familia se pudo establecer que el 70% eran familias extensas y atípicas, con ingresos ≤ 1 salario mínimo (48,2%), referente a

los antecedentes de enfermedades familiares, se encontró, hipertensión arterial (13,57%), alcoholismo (13,5%) y diabetes (13,9%).

Otras variables mostraron resultados relevantes, con respecto a los hábitos de salud bucal: el 58% refirió cepillarse una vez al día, el 51,8% aseguro hacerlo durante más de un minuto; el 80% de las encuestadas refirió no usar seda dental y un alto porcentaje de la muestra se cepilla antes de dormir (82,5%).

Con referencia a salud bucal fueron detectados otros hallazgos tales como presencia de gingivitis en la totalidad de la muestra, con un índice de placa menor de 30% en la mayoría de los participantes. En cuanto al índice de necesidad de tratamiento se encontró que el (51,7%) de las adolescentes presentan TNI I.

Se pudo establecer que en el 53,2 % de las adolescentes su embarazo fue no deseado, y el 57,5% presenta buena relación con el cónyuge, además de una buena aceptación en el 64,29% de las familias de las adolescentes.

Funcionalidad familiar y soporte de amigos. En cuanto a los factores de riesgo que manejan las familias con gestantes según ISF:GES-17 se detectó que el 38,9% evidencia una leve disfunción familiar y un poco más de la mitad de los participantes se encuentran satisfechos con la familia.

DISCUSIÓN: La limitación del presente estudio es que no permite establecer relaciones causales entre variables, ya que no es posible conocer si fue anterior la existencia del factor

de riesgo o la enfermedad; no informa la asociación real entre variables, lo máximo que permite es informar o explorar sobre las posibles relaciones entre los factores estudiados.

En este estudio se observa como la familia es el escenario donde la adolescente adquiere los recursos psicológicos con los que enfrentará la etapa de la adolescencia. Estos se traducen en la capacidad para evaluar situaciones de la vida, anticipando y planeando la conducta a seguir para adaptarse mejor, reconociendo y expresando sus reacciones afectivas.

Si la estructura familiar no se desestabiliza o, si los padres no asumen su rol formativo de la manera más idónea, el individuo llegará a la adolescencia sin las herramientas necesarias para enfrentar la vida a través de la toma de decisiones correctas y convenientes.

Con referencia a la estructura familiar, la actual investigación arrojó que la tercera parte de las adolescentes encuestadas mostró algún tipo de disfuncionalidad en sus familias, lo cual contrasta con los resultados que expone Rangel quien dice que la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos (11). Al evaluar otras variables relacionadas al ámbito familiar se determinó que la mayoría de las familias son extensas o atípicas, con bajos ingresos económicos (\leq a un salario mínimo). Se halló baja escolaridad de la madre y del padre en más de la mitad de la muestra,

respectivamente. Al revisar la literatura, se hallaron resultados similares respecto a la estructura familiar y la baja escolaridad de la madre y el padre. Díaz, S (12). A partir de estos datos se confirma que la difícil situación económica induce en muchas ocasiones al surgimiento de la familia extensa como apoyo económico y social a las nuevas generaciones, lo cual constituye un factor de riesgo en el crecimiento y desarrollo de las adolescentes; lo anterior sumado a la baja escolaridad de los padres en casi la mitad de la población de estudio, da como resultado una falencia notable para la buena orientación de prácticas saludables en la población adolescente. Lo que se relaciona con lo encontrado en el Riesgo Familiar Total donde pocas familias son de alto riesgo, datos parecidos a los encontrados por Veloza. (13), lo que muestra que a pesar de presentar dificultades y riesgos en algunas dimensiones y de pertenecer a estratos bajos, las familias se consideran en un alto porcentaje muy saludables.

La enfermedad periodontal sigue siendo el principal problema bucal que se relaciona con el embarazo. La frecuencia de gingivitis detectada por el juicio clínico fue de la totalidad de

la muestra, de los cuales la gran mayoría presentó PB alta, lo cual coincide con lo que reporta la literatura consultada en la cual se determinó predominio de las gestantes con gingivitis, cuya higiene bucal era deficiente (73 %); la placa bacteriana se presentó >30% solo en una pequeña parte de la muestra, la cual es mayor a la reportada por López, que fue casi la mitad de muestra (14). La higiene bucal de la población objeto de estudio es deficiente lo cual se confirma por el hecho de que más de la mitad asegura cepillarse 1 vez al día, y que casi la totalidad presentó un índice O'Leary superior al 30%, esto explica la presencia de hemorragia al sondeo y cálculos, por consiguiente, la placa dento-bacteriana sigue siendo el factor causal fundamental en la génesis de la enfermedad periodontal. Lo anterior es constatado por Nápoles quien señala que el 90 % de las mujeres embarazadas con alteraciones gingivales tienen valores elevados de placa y cálculo (15). Esto se refleja en la necesidad de tratamiento de las adolescentes, que correspondió a más de la mitad de las adolescentes para TNF1. Lo anteriormente mencionado converge con el resultado arrojado en el estudio de Díaz, R. en 2009 donde se demostró que necesidades de tratamiento periodontal oscilaron entre 63 y 71% (16). Los datos de la investigación demostraron que las encuestadas tienen percepciones de problemas asociados a la familia y a la perspectiva social, pero al relacionar estos aspectos los datos no dieron significativos tal como se puede observar en los resultados, sin embargo considerando otros factores propios del escenario y la muestra se encontró elevada frecuencia de puntos negativos tanto de percepción de salud familiar como aspectos socio-demográficos al relacionarlos con la salud bucal deficiente. Los resultados de esta investigación y sus discusiones fueron presentados con la intención de ofrecer conocimiento, siendo importante el contexto en que se establecen estas experiencias de maternidad en adolescentes principalmente con bajos

ingresos. La esencia de esta investigación es brindar apoyo en la prestación de cuidados a la salud oral en su contexto integral e integrado, de acuerdo con la perspectiva familiar de las propias adolescentes. Es necesario continuar perfeccionando la actividad de la familia, formar en ella una determinada cultura de salud que abarque todos los aspectos, dentro de ellos los que se relacionan con salud bucal, porque a medida que su papel sea más eficiente, el trabajo de odontólogos y profesionales de la salud, alcanzará mejores resultados en la prevención de enfermedades y promoción de salud oral.

CONCLUSIÓN: La enfermedad periodontal pueden atribuirse a la higiene deficiente conforme a los resultados de la serie el mayor porcentaje de gestantes con higiene bucal deficiente tenían bajo nivel instructivo, lo que demuestra que la escolaridad, como expresión del nivel sociocultural individual y colectivo, influye en los estilos de vida, de modo que dificulta la existencia de condiciones favorables para la realización de actividades de salud y una mejor comprensión de las medidas de prevención.

Con la información de los datos obtenidos en salud oral de la población de estudio y en relación con el riesgo familiar, se hace necesario implementar políticas que faciliten la promoción y prevención en salud oral así como fortalecer la funcionalidad familiar.

ANEXOS

Tabla 1. Variables socio-demográficas de las adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe, 2013-2014.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
	A		
Edad			
Adolescente temprana	180	64.3	
Adolescente tardía	100	35.7	
Procedencia			
Rural	63	22.5	
Urbana	217	77.5	
Estudia			
Si	197	70.4	
No	83	29.6	
Nivel de escolaridad			
Bajo (hasta secundaria incompleta)	171	61	
Alto (desde secundaria completa)	109	39	
Estrato			
Bajo (1, 2, 3)	212	75.7	
Alto (4,5,6)	68	24.3	
Vinculado	2	1,3	
Régimen especial	2	1,3	
Ingresos			
≤ 1 SMLV	190	68	
≥ 1 SMLV	90	32	
Rol familiar			
Distinto a formador de hijo	82	54,6	
Formador de hijo	68	45,3	
Meses de embarazada			
1 trimestre	20	13,3	
2 trimestre	68	45,3	
3 trimestre	62	41,3	

Tabla 2. Salud bucal de adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe 2013-2014

	Frecuencia	Porcentaje		
Presencia de restos radiculares,				
Si	262	93,57		
No	18	6,43		
Obturaciones desadaptadas				
Si	227	81,07		
No	53	18,93		
Presencia de calculo				
Si	155	55,26		
No	125	44,64		
Presencia placa bacteriana				
Si	280	100		
Porcentajes de placa bacteriana,				
>30%	22	7,85		
< 30%	258	92,15		
Diag. Periodontal				
Gingivitis				
	280	100		
Índice de TNF				
Dientes sano				
No	35	12,5		
Si	245	87,5		
Hemorragia				
Si	258	92,14		
No	22	7,86		
Calculo				
Si	134	47,86		
No	146	52,14		
Bolsas periodontales				
No	280	100		
Gingivitis				
Si	272	97,14		
No	8	2,86		
Periodontitis				
No	280	100		

--	--	--

Tabla 3. Salud familiar en adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe 2013-2014

	Frecuencia	Porcentaje
Percepción de satisfacción familiar		
Muy satisfecha	129	46,07
Satisfecha	146	52,14
Poco satisfecha	5	1,79
Percepción de la organización sistémica familiar		
Muy organizada	157	56,07
Organizada	109	38,93
Poco organizada	14	5
Organización sistémica por factores		
Factor de crecimiento		
Organizada	274	97,86
Poco organizada	6	2,14
Estabilidad		
Organizada	259	92,5
Poco organizada	21	7,5
Cohesión		
Organizada	263	94
Poco organizada	17	6
Grado de salud familiar total		
muy saludable	7	4,67
Saludable	81	54
poco saludable	62	41,33
Funcionalidad familiar		
Buena funcionalidad	93	33,21
Leve disfuncionalidad	109	38,93
Moderada disfuncionalidad	52	18,57
Severa disfuncionalidad	26	9,29
Soporte amigos		
Si	178	63,57
No	102	36,43

Tabla 4. Relación entre índice O'LEARY con factores socio-demográficos y Salud Familiar de adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe, 2013-2014.

30% control de PB dicotómico							
		alto					
	F	%		F		%	VALOR P
factores socio-demográficos							
Edad							
Adolescente temprana	200	89.3		24		10.7	0.032
Adolescente Tardía	44	78.6		12		21.4	
Meses embarazo							
1 y 3 trimestre	124	84.3		23		15.7	0.143
2 trimestre	120	90.2		13		9.8	
Nivel de escolaridad							
Baja	151	88.3		20		11.7	0.467
Alta	93	85.3		16		14.7	
Ingresos							
Bajo (≤ 1 salario mínimo)	166	87.4		24		12.6	0.870

Alto (>1 salario mínimo	78	86.7		12		13.3	
Estrato							
Bajo (1-3)	183	86.3		29		13.7	0.468
Alto (+3)	61	89.7		7		10.3	
factores familiares							
Organizaci ón sistémica							
Flia. Organizad a	12	92.3		1		7.7	0.569
Flia. Poco organizad a	232	86.9		35		13.1	
Satisfacció n familiar							
Flia. Satisfecha	3	60		2		40	0.067
Flia. No satisfecha	241	87.6		34		12.4	
Estabilidad							
Poco organizada 224 86.3				1		4.7	0.249
Organizada	20	36.3		35		63.7	
Crecimient o							
Poco organizada 238 86.9				36		13.1	0.342
Organizada	6	100		0		0	
Funcion familiar							
Buena funcionali dad 75		80.6		18		19.4	0.022
disfuncion alidad	169	90.3		18		9.7	

Tabla 5. Relación entre Higiene Oral con factores socio-demográficos y Salud Familiar de adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe, 2012-2013.

	hábitos de salud bucal				Valor p
	Inadecuada		Adecuada		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Factores socio-demográficos					
Edad					
Adolescente temprana	106	47.3	118	52.7	0.719
Adolescente Tardía	25	44.6	31	55.4	
Meses embarazo					
1 y 3 trimestre	66	44.9	81	55.1	0.506
2 trimestre	65	48.9	68	51.13	
Nivel de escolaridad					
Baja (hasta sec. Incom.)	79	46.2	92	53.8	0.805
Alta (desde sec. Comp.)	52	47.7	57	52.3	
Ingresos					
Bajo (≤ 1 salario mínimo)	88	46.32	102	53.68	0.819
Alto (> 1 salario mínimo)	43	47.8	47	52.2	
Estrato					
Bajo (1-3)	102	48.2	110	51.8	0.432
Alto (+3)	29	42.6	39	57.4	
Factores familiares					
CLASF OS					
Flia. Poco Organizada	11	84.6	2	15.4	0.005
Flia. Organizada	120	44.9	147	55.06	
CLASF S					
Flia. No Satisfecha	3	60	2	40	0.550
Flia. satisfecha	128	47	147	53	
Clas. Estabilidad					
Flia. Poco Organizada	118		45.6	141 54.4	0.149
Flia. Organizada	13	62	8	38	
Funcion familiar					

Buena funcionalidad	34		36.6	59 63.4	0.016
Disfuncionalidad	97	51.9	90	48.1	

BIBLIOGRAFIA:

1. Donoso E. Embarazo Adolescente: Un Problema País.;Rev. chil. obstet. ginecol. Vol.73 (5) 2008: 291 – 292
2. Nápoles D.García I.Nápoles :Estado de salud periodontal en embarazadas MEDISAN 2012; 16(3):333
3. Declaración de Helsinki. Revisión de la Declaración de Helsinki Asociación Médica Mundial.
4. Resolución 008430.por la cual se establecen las Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud. República de Colombia; 1993.
5. . Lindhe Jan. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Edi Méd Pan. 4ta. Ed. 2005
6. Carranza F. “Periodontología clínica de Glickman”.Vol 4.Ed Int.Méx. 1.986
7. Ainamo J,Barmes D, Beagrie G, Cutress T.Martin J. Development of the World Health Organization (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN).IntDent J 1982; 32(3):281-91.
8. . Arrieta K. González F. Diaz S. History tooth decay severity and needs of periodontal treatment in students of dentistry of Cartagena.
9. . Sosa M: Municipios por la Salud. Dirección Nacional de Estomatología. MIN SA P.Cuba Vol. 1.
10. Amaya P: instrumento de salud familiar; ISF:GES-17; familia con gestantes: manual-Bogotá. U nal de Col. 2004. (72-78)
11. Rangel J.García M: Funcionalidad familiar en la adolescentes rev fac medi UNAM.Vol 47 No 1ene-feb 2004

12. Díaz S. Ramos K. Arrieta K: Asociación del riesgo familiar y caries dental en escolares de la boquilla. Cartagena de indias.
13. Veloza M. Salud familiar en familias con adolescente gestante. En: Aances en Enfermería Vol. XXX N.º 1 Ene-Abr 2012.
14. Lopez A. Sagué K. Bonet M. Oral hygiene practices and sociodemographic characteristics.
15. Nápoles D. Status of periodontal health in pregnant women; MEDISAN 2012; 16(3):333
16. Díaz R. Hernández A. .Determinación de necesidades de tratamiento periodontal de mujeres gestantes; Perinatol Reprod Hum 21KW;_23: 5-U en Vol. 23 No. 1 ; Ene-MARZO 2009