

1ej-444



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**LA SALUD DENTAL EN LOS PACIENTES
PSIQUIATRICOS.**

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA
presenta

ROBELO IGLESIAS PEDRAZA

México, D. F.

1002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

C O N T E N I D O

INTRODUCCION

- TEMA I) ENFERMEDADES MENTALES, CARACTERISTICAS Y GENERALIDADES.
- 1) Evolución Curso y Terminación de las Enfermedades Mentales.
 - 2) Clasificación de las Enfermedades Mentales.

- TEMA II) ASPECTOS ODONTOLÓGICOS EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS.

- 1) Caries
- 2) Trastornos Periodontales

- TEMA III) PRESENTACION DE CINCO CASOS TRATADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

- TEMA IV) ASISTENCIAS DENTALES EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS.

COMENTARIOS

I N T R O D U C C I O N

En el transcurso evolutivo de la humanidad, las enfermedades mentales siempre han acompañado al hombre, las podemos ver representadas en todas las civilizaciones sufriendo las más variadas conotaciones.

El desarrollo de las enfermedades mentales alterna consecutivamente con las funciones orgánicas, las nerviosas, con la actividad física y muscular del individuo, las formas superiores de la voluntad, la inteligencia, el razonamiento, análisis de problemas, el pensamiento estético creativo o idealista, la memoria y las emociones.

Sabemos que el cerebro tiene una organización muy compleja al coordinar los más altos planos de actividad mental característicos del hombre. De la integridad y funcionamiento normal de tan complejo sistema, depende toda actitud y manifestación de cualquier índole.

Ubicar en un contexto odontológico las manifestaciones resultantes de enfermedad mental contribuye en cierta medida a crear una mecánica de trabajo y disminuir los riesgos en un tratamiento dental, sobre todo el proporcionar todo aquello que contribuya en la dignificación de estos pacientes.

ENFERMEDADES MENTALES, CARACTERISTICAS
Y GENERALIDADES

Satisfacer las necesidades dentales es un objetivo y motivo de preocupación de cada dentista, generalmente el odontólogo trata de entablar una relación cooperativa con el paciente a fin de lograr una jornada de trabajo dúctil y eficaz, evitando angustias y temores, modificar conductas erróneas que poco contribuyen en un tratamiento.

Cuando el dentista combina su técnica y capacidad de trabajo con una actitud de comprensión y suma tolerancia hacia las posibles conductas de cada paciente, ya que en una sesión de trabajo no solamente se observan problemas bucales, sino - que muchos de éstos son y actúan de un modo totalmente personal y emocional.

Pero qué sucede cuando los problemas personales y - emocionales están catalogados como disturbios psiquiátricos, - generalmente se los estigmatiza a este tipo de pacientes.

Enfrentar clínicamente a dichos pacientes requiere - de cuidado y atención, sobre todo comprensión y responsabilidad, teniendo en cuenta que es un enfermo afectado por su propio deterioro y abandono.

Un paciente psiquiátrico modifica de tal modo su experiencia personal, acentuando y agudizando así disturbios a - niveles generales. Dentro de estos disturbios los que involucran la cavidad oral, son variables y modificables, pueden resultar afectadas todas las estructuras de dicha cavidad, ya - que muchas veces resulta el punto culminante de cualquier tensión.

Si la boca es una terminal de patologías, conviene entonces abarcar y combatir estos agravios, como se ha dicho,

son variables y modificables tanto por el tratamiento psiquiátrico, el paciente mismo y la ayuda odontológica.

Especificar y condensar las enfermedades mentales - hará más efectivo cualquier tratamiento dental que se inicie en este tipo de pacientes, además de hacer más comprensible - el acercamiento y desarrollo de una relación médico-paciente.

Las enfermedades mentales pueden ser de origen congénito, o bien ser adquiridas durante el transcurso de la vida. El peligro de que un individuo sufra una enfermedad mental hereditaria, existe mayormente si se unen los efectos predisponentes en los dos progenitores, ya que entonces se presenta la llamada "acumulación de la herencia".

Las enfermedades psíquicas que con más frecuencia - pueden ser heredadas son: la demencia precoz o esquizofrenia procesual, la psicosis maniaco-depresiva, la epilepsia, la imbecilidad congénita.

Las enfermedades de los padres en el momento de la fecundación, o de la madre durante todo el embarazo (lesiones germinales), pueden producir trastornos en el desarrollo embrionario, que después serán causas de anormalidades psíquicas. Las enfermedades que más afectan al hijo, son la sífilis, la tuberculosis, trastornos generales como la diabetes, la anemia y la debilidad orgánica extremada, intoxicaciones por el alcohol y la morfina.

Entre las causas adquiridas pueden considerarse las contusiones y heridas craneales, tumores, y las infecciones sobre los centros y troncos nerviosos sensitivos y motores,

como en el caso de la meningitis que es relativamente frecuente en la infancia ocasionando fiebre muy alta, dolor intenso de la nuca, rigidez de la columna vertebral y trastornos oculares, produce alteraciones mentales persistentes, parálisis y alteraciones de los sentidos. Las infecciones que ocasionan trastornos mentales con más frecuencia son la tuberculosis, la gripe, la fiebre tifoidea y la encefalitis letárgica.

Las enfermedades del sistema nervioso pueden dividirse en dos grandes grupos: el de las enfermedades mentales, o sea que afectan las funciones psíquicas. El otro grupo, el de las enfermedades nerviosas, que comprenden las alteraciones de los centros y troncos nerviosos sensitivos y motores. Existe además, un pequeño grupo de enfermedades del sistema nervioso simpático (que pueden considerarse intermedias entre las nerviosas y las mentales), las cuales están en relación directa con las alteraciones de las glándulas de secreción interna, constituyendo las llamadas enfermedades neurovegetativas.

1.- EVOLUCION, CURSO Y TERMINACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

La evolución, curso y terminación de las enfermedades mentales, es muy variable, según las afecciones de que se trate, la resistencia del organismo, la rapidéz en establecer el tratamiento al iniciarse los primeros síntomas y su asistencia en servicios psiquiátricos adecuados. Pueden considerarse las siguientes formas de evolución de las enfermedades mentales:

a) Enfermedades Agudas: De comienzo brusco, con manifestaciones muy aparatosas, las cuales con mucha frecuencia desaparecen también rápidamente, sin dejar alteración alguna psíquica, tales son las psicosis reaccionales, las post-emocionales, las psicosis de guerra.

b) Enfermedades Crónicas: De comienzo lento, casi imperceptible, cuyas alteraciones psíquicas van acentuándose cada vez más, teniendo una duración de muchos años y acabando en la demencia; es enfermedad de este tipo la esquizofrenia - de forma procesual.

c) Enfermedades de comienzo Agudo y Evolución Crónica: La enfermedad que se inició bruscamente, remite luego con lentitud, hasta quedar sólo algunos síntomas, que se convierten en crónicas, ejemplo de este tipo de psicosis, es la reacción esquizofrénica.

d) Episodios Agudos en el curso de una Enfermedad - Crónica: Consisten en agudizaciones pasajeras, que se presentan en el curso de enfermedades mentales crónicas; tales son

los estados de agitación de algunos oligofrénicos, constituyendo la oligofrenia agitada.

e) Fases Patológicas con intervalos normales: Surgen a veces manifestaciones patológicas de carácter agudo en el intervalo de las cuales el individuo tiene un aspecto y conducta completamente normales, ejemplo típico es la psicosis maniaco-depresiva.

f) Fases Patológicas con intervalos en los que se manifiestan defectos de la personalidad: Estos enfermos presentan durante su vida varias fases patológicas, pasadas las cuales se observa que la personalidad ha ido variando, quedando defectos permanentes de la misma, estos defectos pueden irse acentuando en cada nuevo acceso, constituyendo un descenso escalonado del nivel de la personalidad; ejemplo, son las reacciones psicógenas de algunos psiconeuróticos de carácter grave que pueden terminar en una concepción paranoide, con delirios de persecución, de grandeza, etc.

g) Curación con Defecto: El individuo sufre solamente una fase patológica en su vida, pero después de aquella, queda siempre una cierta anormalidad en su modo de ser, o sea, un defecto permanente de la personalidad, son ejemplos las psicosis post-traumáticas con defecto psíquico ocasionado por el traumatismo, la parálisis general sifilítica curada.

2.- CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

El clasificar las enfermedades mentales solo puede empobrecer su representación, ya que ésta se presta a ideas - exiguas y poco claras al tratar de definir generalmente una manifestación o anomalía ya sea psíquica, cerebral, o bien de personalidad. Sin embargo una clasificación siempre será un - nunto de información, la cual será más amplia si a juicio del médico es necesario establecer vínculos con la institución que ha representado a un enfermo.

La siguiente clasificación está representada por - tres categorías: A) Psicosis, B) Neurosis y C) Oligofrenia.

A) Psicosis: El término psicosis incluye aquellos - trastornos en los cuales la alteración de las funciones mentales ha alcanzado tal nivel, que interfiere notoriamente con la introspección, el discernimiento y la capacidad para atender - las exigencias de la vida diaria e impide un adecuado contacto con la realidad. No es un concepto exacto o bien definido.

Esquizofrenia: Incluye un grupo de psicosis en las - que se presente una deformación fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, a menudo una - sensación de ser dominado por fuerzas extrañas, delirios que - pueden ser extravagantes, percepción perturbada, anormalidades en el afecto que no se ajusta a la situación real y autismo. Sin embargo, se mantiene usualmente una conciencia clara y una capacidad intelectual intacta.

La deformación de la personalidad afecta sus funcio - nes básicas, aquellas que dan a la persona normal su sentido - de individualidad, unicidad y autonomía.

El esquizofrénico siente que sus más íntimos pensamientos, sentimientos y actos, son conocidos o compartidos por otros, y puede urdir delirios explicativos a fin de demostrar la existencia de fuerzas sobrenaturales que se confabulan para influir en sus pensamientos y acciones, por medios a menudo extravagantes. Se ve a sí mismo como el centro de todo lo que sucede.

Son corrientes las alucinaciones, especialmente auditivas; éstas pueden consistir en observaciones sobre el paciente o dirigirse a él. La percepción se afecta de otros modos; detalles insignificantes requieren importancia absoluta, y junto con los sentimientos de pasividad, pueden llevar al paciente a la creencia de que los objetos y las situaciones diarias encierran un significado especial, casi siempre siniestro y dirigido intencionadamente a él.

En la alteración del pensamiento característica del esquizofrénico, los rasgos periféricos y secundarios de un concepto global, que usualmente permanecen inhibidos en la actividad mental normal dirigida, surgen en primer plano y se utilizan en lugar de los elementos primordiales y propios de la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y obscuro, y su expresión en el lenguaje es algunas veces incomprendible.

Las interrupciones o interpolaciones en el curso del pensamiento coherente son frecuentes y el paciente puede estar convencido de que sus pensamientos son sustraídos por un agente extraño (robo del pensamiento). El estado de ánimo puede ser superficial, caprichoso o incongruente. Puede haber un cierto grado de perplejidad. Las perturbaciones de la voluntad pueden adoptar la forma de inercia negativismo o estunor, puede presentarse catatonía.

a) **Esquizofrenia Simple:** Incluye una psicosis en la cual hay un desarrollo insidioso de extravagancias de la conducta, una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y una disminución del rendimiento total. No hay evidencia de alucinaciones ni delirios y el trastorno es menos obviamente psicótico que los tipos hebefrénicos, paranoide y catatónico de esquizofrenia.

El creciente empobrecimiento social puede conducir a la vagancia y el paciente se vuelve absorto en sí mismo, inactivo y errático. Término incluido tipo simple.

b) **Tipo Hebefrénico:** Incluye una forma de esquizofrenia en la que se destacan los cambios afectivos, los delirios y las alucinaciones son transitorios y fragmentarios, el comportamiento es irresponsable e imprevisible y los manierismos son frecuentes.

El estado de ánimo es superficial e inapropiado, acompañado por risas insulsas o sonrisas autosatisfechas y abortas, un modo de actuar despreciativo, muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y frases reiterativas. El pensamiento es desorganizado. El paciente tiene tendencia a permanecer solitario y su comportamiento carece de propósito y sentimiento. Esta forma de esquizofrenia empieza generalmente entre los 15 y 25 años de edad. Término incluido hebefrenia. (1).

c) **Tipo Catatónico (2):** Incluye una forma de esquizofrenia cuyo rasgo más importante son los trastornos psicomotores, a menudo alternando entre extremos tales como la hiperquinesia (3) y el estupor o la obediencia automática y el negativismo.

Pueden mantenerse actitudes constrañidas durante largos periodos; si las piernas del paciente se colocan en una posición forzada permanecen así por un tiempo después de haber eliminado la fuerza externa. Otra característica notable es la excitación severa, a veces se presentan además concomitantes, depresivos o hipomaniacos. Término incluido catatonía, agitación catatónica.

d) Tipo Paranoide: Incluye una forma de esquizofrenia en la cual los delirios relativamente estables, acompañados a veces de alucinaciones, delirios que frecuentemente son de persecución, aunque pueden tomar otras formas (celos, origen ilustre, misión mesiánica o cambio somático).

Comportamiento excéntrico, la conducta se ve afectada desde el comienzo, desorden del pensamiento notorio, aplanamiento afectivo con alucinaciones y delirios fragmentarios. Término incluido esquizofrenia parafrénica.

Psicosis Afectivas: Incluye trastornos mentales generalmente iterativos (4), en los cuales se presente un trastorno severo del ánimo (caracterizado principalmente por depresión y angustia, pero también por elación y excitación), acompañados por uno o más de los síntomas siguientes: delirios, peregrinidad, nociones perturbadas de sí mismo, y trastornos de la percepción y comportamiento; todo ello en concordancia con el estado de ánimo predominante del paciente (lo cual también ocurre con las alucinaciones, cuando se presentan). Existe una fuerte tendencia hacia el suicidio.

a) Melancolía Involutiva: Incluye una psicosis afectiva caracterizada por un estado severo de depresión a menudo

con un fuerte componente paranoide, que se presenta por primera vez después de los 45 años de edad. Sus síntomas principales son: creencia en un cambio corporal (que puede ser estram**ó**tico), agitación intensa, sentimientos de culpa, delirios nihilistas (5), delirios de pobreza y de calamidad inminente, y alteraciones de la percepción (especialmente ilusiones auditivas e interpretaciones erróneas). Término incluido psicosis involutiva depresiva.

b) Psicosis Maniacodepresiva: Incluye una psicosis afectiva caracterizada por un estado de elación o excitación que no corresponde con la situación del paciente y oscila entre una vivacidad acrecentada (hipomanía) y una excitación violenta y casi irreprimible.

Son comunes la agresión y la rabia, la fuga de ideas, la distracción, el juicio perturbado y la formulación de ideas grandiosas. Término incluido psicosis hipomaniaca.

c) Psicosis Maniacodepresiva, Tipo Depresivo: Incluye una psicosis afectiva en la que hay reducción de la actividad y una persistente depresión del estado de ánimo, con abatimiento, aflicción y cierto grado de angustia.

A menudo familiares cercanos del paciente han sufrido de la misma enfermedad. Hay una tendencia bastante marcada a la repetición del trastorno; en algunos casos puede suceder a intervalos regulares. Hay también una asociación con el hábito corporal y con el temperamento ciclotímico (6). El pensamiento y la acción están retardados; el paciente se dirige autoreproches y tiene delirios hipocondriacos, vergüenza, alteraciones perceptivas (en especial deformación y mala in-

interpretación de los comentarios escuchados), y trastornos del sueño, del apetito, y del deseo y la capacidad sexuales. Hay notorias variaciones diurnas (los síntomas son más intensos por la mañana). no son raras las ideas paranoides, que a menudo toman la forma de un sentimiento de ser rechazado por otros debido a supuestas fallas morales. También puede aparecer despersonalización, perplejidad y agitación. término incluido depresión psicótica.

Estados Paranoides: Incluye una psicosis no clasificable como esquizofrenia o psicosis afectiva, cuyos principales síntomas son los delirios, en particular de ser influido, perseguido o tratado de una manera especial. Estos delirios son de carácter completamente fijo, elaborado y sistematizado.

a) **Paranoia:** Incluye una psicosis crónica muy poco frecuente, en la cual los delirios están lógicamente contruidos, son sistemáticos y se desarrollan gradualmente sin alucinaciones concomitantes ni trastornos del pensamiento de tipo esquizofrénico.

Los delirios son principalmente de grandeza (profeta o inventor paranoico) o de anormalidad somática.

b) **Psicosis Depresiva Psicógena:** Incluye una psicosis depresiva similar en sus síntomas a la psicosis maniacodepresiva de tipo depresivo, pero aparentemente provocada por experiencias de aflicción o tristeza tales como la pérdida de un ser querido, o una frustración o un disgusto severo, graves disturbios en el comportamiento.

c) **Confusión Reactiva:** Incluye los trastornos menta

les con turbidez de la conciencia, desorientación, accesibilidad disminuida, a menudo por acompañamiento de una actividad excesiva provocada por una sobrecarga emocional. Término incluido confusión psicógena.

Psicosis Orgánicas: Incluye síndromes caracterizados por alteraciones de la orientación, el juicio, la memoria, la comprensión, el cálculo y la capacidad de aprendizaje. Estos son los rasgos esenciales, pero puede haber aplanamiento o labilidad afectiva o alteración más persistente del estado de ánimo, debilitamiento de las normas éticas, exageración o aparición de ciertos rasgos de personalidad e incapacidad para tomar decisiones independientes.

a) **Demencia Senil:** Incluye la demencia que aparece después de los 65 años en la que puede excluirse razonablemente cualquier patología cerebral distinta a la causada por la atrofia senil. La demencia presenil se presenta antes de los 65 años en pacientes con atrofia cerebral difusa o lobular, de aparición relativamente rara.

b) **Psicosis Alcohólica:** Incluye la psicosis orgánica debida principalmente a consumo excesivo de alcohol; se cree que las carencias nutricionales desempeñan una función primordial.

El delirium tremens es la psicosis caracterizada por obnubilación de la conciencia, desorientación, miedo, alucinaciones de cualquier tipo (especialmente visuales y táctiles), inquietud, temblor y a veces fiebre.

c) **Psicosis Asociadas con otros Trastornos Cerebra-**

les: Incluye la arteriosclerosis cerebral, trastornos cerebro vasculares, epilepsia, tumor intracraneal, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, traumatismo cerebral, trastornos cerebrales no especificados.

d) Psicosis Asociadas con Infección Intracraneal:

Incluye la parálisis general, sífilis del sistema nervioso central, encefalitis epidémica, encefalomiелitis, meningoencefalitis, psicosis postencefálica.

e) Psicosis Asociadas con otras Afecciones Somáticas:

Incluye la psicosis orgánica de confusión, delirante, alucinatoria o de otros tipos que se presentan junto con trastornos sistémicos generales. Incluye los trastornos endócrinos, trastornos del metabolismo y la nutrición, infecciones generalizadas, intoxicación por drogas o venenos, psicosis durante el parto.

B) **Neurosis:** Incluye los trastornos mentales sin una base orgánica demostrable, en los cuales el paciente puede tener una percepción clara y una comprobación correcta de la realidad externa sin confundirla con sus experiencias subjetivas mórbidas y sus fantasías.

El comportamiento puede afectarse mucho, aunque en general permanece dentro de los límites socialmente aceptables y la personalidad no se desorganiza. Sus principales manifestaciones incluyen excesiva angustia, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivos y compulsivos y depresión.

a) **Neurosis de Ansiedad:** Incluye varias combinaciones de manifestaciones físicas y mentales de ansiedad que no pueden atribuirse a peligro real y que ocurre en forma de ataques o como un estado persistente.

La ansiedad es usualmente difusa y puede llegar al pánico. A veces también están presentes otros rasgos neuróticos, como síntomas obsesivos o histéricos, pero sin dominar el cuadro clínico. Términos incluidos ataque de pánico, estado de pánico.

b) **Neurosis Histérica:** Incluye los trastornos mentales en los cuales ciertos motivos (de los cuales parece no percatarse el paciente), producen ya sea una restricción del campo de la conciencia o bien alteraciones de la función motriz o sensorial que pueden representar una ventaja psicológica o un valor simbólico.

Esta neurosis puede caracterizarse por la presencia de fenómenos conversivos o disociativos.

En la reacción conversiva el único o el principal síntoma consiste en alteraciones psicógenas de las funciones corporales, por ejemplo, parálisis, temblor, ceguera, sordera o convulsiones.

En la forma disociativa el rasgo más prominente es el estrechamiento del campo de la conciencia, que parece servir a un propósito inconsciente; casi siempre va seguido o acompañado de una amnesia selectiva. Puede haber cambios drámaticos, aunque esencialmente superficiales de la personalidad, algunas veces en forma de fugas (estado errante). Términos incluidos estado disociativo, historia de conversión, neurosis de compensación, personalidad múltiple.

c) Neurosis Obsesivo-compulsiva: Incluye la neurosis cuyo síntoma sobresaliente es una compulsión subjetiva (que el paciente trata de resistir) para llevar a cabo algún acto, insistir en una idea, recordar una experiencia o meditar sobre una cuestión abstracta. La intrusión de pensamientos indeseables, la insistencia en determinadas palabras o ideas, las rumiaciones o asociaciones del pensamiento son percibidas por el paciente como inapropiadas o sin sentido.

La urgencia o idea obsesiva es reconocida como un elemento extraño a la personalidad, pero procedente del yo mismo. Los actos obsesivos pueden constituir actos casi rituales destinados a aliviar la ansiedad, por ejemplo, lavarse las manos para evitar la contaminación.

Las tentativas para desterrar los pensamientos o impulsos indeseables, pueden llevar a una severa lucha interna, acompañada de ansiedad intensa. Términos incluidos neurosis compulsiva y neurosis anancástica.

d) **Neurosis Depresiva:** Incluye una neurosis caracterizada por depresión que generalmente se presenta después de una experiencia dolorosa, cuya intensidad no guarda proporción con ella.

No incluye delirios ni alucinaciones. A menudo hay preocupación por el trauma psíquico que precedió a la enfermedad, por ejemplo, pérdida de un ser querido o una posesión. Términos incluidos depresión ansiosa, depresión neurótica, estado depresivo neurótico.

e) **Neurastenia:** Incluye una neurosis caracterizada por fatiga, irritabilidad, cefalea, depresión, insomnio, dificultad para concentrarse y falta de capacidad para gozar (anhedonia).

Puede seguir a una infección o al agotamiento, o presentarse a consecuencia de una sobrecarga emocional continuada. Término incluido debilidad nerviosa.

f) **Síndrome de Despersonalización:** Incluye una neurosis caracterizada por un estado desagradable de la percepción, en el que partes del cuerpo del paciente u objetos externos se perciben como alterados en sus cualidades, irreales, extraños y desprovistos de su proximidad normal.

Durante esta experiencia el paciente puede sentir que su personalidad ha cambiado o es irreal, remota o automatizada, y es consciente de la naturaleza subjetiva del cambio que percibe. Término incluido desrealización.

Trastornos de la Personalidad: Incluye los tipos de comportamiento desadaptados y profundamente arraigados que por lo general son reconocibles desde la adolescencia o antes y persisten durante la mayor parte de la edad adulta, aunque se vuelven menos obvios en la edad madura o la vejez.

La personalidad es anormal ya sea en el balance de sus componentes, en su cualidad y expresión, o en su aspecto total. Debido a esta desviación o psicopatía el paciente sufre o hace sufrir a otros y hay un efecto adverso sobre el individuo o la sociedad. Incluye lo que algunas veces se llama personalidad psicopática, pero si ello se debe básicamente a un mal funcionamiento del cerebro, no debería clasificarse aquí, sino como un trastorno mental no psicótico asociado con una afección somática.

a) Personalidad Paranoide: Incluye un trastorno de la personalidad en el cual hay una sensibilidad excesiva a frustraciones o todo lo que es interpretado como humillaciones o desaires, una tendencia a deformar las experiencias, interpretando los actos neutrales o amistosos de los demás como hostiles o despreciativos, y un sentido combativo y tenaz de defensa de derechos.

El paciente puede estar inclinado a los celos o a un sentimiento exagerado de la propia importancia. Algunas de estas personas pueden sentirse humilladas sin remedio y engañadas; otras, así mismo excesivamente sensibles, son agresivas e insistentes. En todos los casos hay una excesiva autoreferencia. Términos incluidos personalidad fanática, personalidad paranoide, rasgos paranoides.

b) Personalidad Afectiva: Incluye un trastorno de la personalidad caracterizado por el predominio a lo largo de toda la vida de un estado de ánimo pronunciado, el cual puede ser persistentemente depresivo o elativo o aparecer en forma alternada. Durante los periodos de elación, se presenta un optimismo inamovible y un acrecentado gusto por la vida y la actividad, mientras que los periodos de depresión se caracterizan por preocupación, pesimismo, pérdida de la energía y un sentimiento generalizado de futilidad. Términos incluidos - personalidad cicloide, personalidad depresiva, personalidad - ciclotímica.

c) Personalidad Esquizoide: Incluye un trastorno de la personalidad en el cual hay un alejamiento de los contactos afectivos y sociales, o de otro tipo, con preferencia sustituida por la fantasía y la reserva introspectiva.

El comportamiento del paciente puede ser ligeramente excéntrico o tender a la evitación de situaciones competitivas. La aparente frialdad e indiferencia pueden enmascarar una incapacidad para expresar sentimientos.

d) Personalidad Histérica: Incluye un trastorno de la personalidad caracterizado por una afectividad superficial y cambiante, dependencia de otras personas, demanda de aprecio y atención, sugestibilidad y teatralidad. A menudo hay inmadurez sexual, por ejemplo frigidez y excesiva respuesta a estímulos. Una situación de tensión puede provocar la aparición de síntomas histéricos (neurosis). Término incluido personalidad histriónica.

e) Personalidad Asténica: Incluye un trastorno de -

la personalidad caracterizado por una condescendencia pasiva con los deseos de las personas en posición de autoridad o de otros individuos, y una respuesta débil e inadecuada a las demandas de la vida diaria. La falta de vigor para mostrarse - en las esferas intelectuales o emocionales es evidente; hay poca capacidad para gozar. Término incluido personalidad dependiente.

f) Personalidad Antisocial: Incluye un trastorno de la personalidad caracterizado por desprecio hacia las obligaciones sociales, falta de sentimientos hacia los demás, y vigilancia impetuoso o despreocupación insensible. Hay una disparidad enorme entre el comportamiento y las normas sociales vigentes.

El comportamiento no se puede modificar fácilmente por la experiencia, incluyendo el castigo. Las personas con este trastorno de personalidad son afectivamente frías y pueden ser anormalmente agresivas o irresponsables. Su tolerancia a la frustración es baja; culpan a otros u ofrecen racionalizaciones plausibles de un comportamiento que los pone en conflicto con la sociedad. Términos incluidos personalidad amoral, personalidad disocial.

g) Desviación Sexual: Incluye el comportamiento o las inclinaciones sexuales anormales. Los límites y características de las inclinaciones y el comportamiento sexuales normales no han sido determinados de manera absoluta por las diferentes sociedades y culturas, pero en general son aquellos que sirven propósitos sociales y biológicos aceptables.

La actividad sexual de las personas que sufren una

desviación, está dirigida primordialmente hacia personas del mismo sexo o busca la obtención del placer sexual por medios anormales. Es común que aparezca más de una anomalía en el mismo individuo; en tales casos debe clasificarse la desviación predominante: homosexualidad, lesbianismo, pederastia, sodomía, fetichismo, pedofilia, transvestismo, exhibicionismo, bestialidad, ninfomanía, masoquismo, sadomasoquismo, sadismo, transexualismo, voyerismo, sexualidad patológica.

h) Alcoholismo: Incluye un trastorno en el cual el consumo de alcohol va en detrimento de la salud o del funcionamiento social de la persona, por un período de tiempo.

i) Dependencia de Drogas: Incluye un estado psicológico y a veces también físico resultante del consumo de una droga y caracterizado por comportamiento y otras respuestas que siempre incluyen un impulso irresistible a tomar drogas de una manera continua o periódica con el fin de experimentar sus efectos psicológicos, y algunas veces para evitar el malestar causado por su ausencia. Puede o no presentarse tolerancia. Una persona puede ser dependiente a más de una droga.

Trastornos Somáticos de origen psicológico Presumible: Incluye los trastornos en los cuales hay lesiones tisulares o una persistente disfunción fisiológica y en cuya etiología se piensa que los factores emocionales juegan un papel importante.

Las alteraciones patológicas se producen generalmente por mediación del sistema nervioso autónomo y afecta predominantemente un órgano o sistema: cutáneos (dermatosis histérica, dermatitis), osteomusculares (trastorno psicógeno

de articulaciones, miembros, músculos), respiratorios (asma, - falta de aire, tos), cardiovasculares (neurosis cardíaca, trastorno cardiovascular psicógeno), hemáticos y linfáticos, - - gastrointestinales (diarrea, dispepsia, neurosis gástrica), genitourinarios (dismenorrea, frigidez, neurosis de la vejiga, - trastorno psicógeno del aparato genitourinario), endócrinos, - órganos de los sentidos, perturbación psicógena de la sensa--- ción.

Síntomas Especiales no clasificados en otra parte:

Trastornos del lenguaje (balbuceo, ceceo, tartamudez, retardo en el desarrollo del lenguaje), trastornos específicos en el aprendizaje (ceguera para las palabras, sordera para las palabras, dislexia), tics, trastornos psicomotores (cabeceo, in--- coordinación muscular, dificultad psicógena para caminar), - trastornos específicos del sueño (insomnio, pesadillas, sonambulismo, inversión del ritmo del sueño), trastornos en la alimentación (anorexia, exceso en el comer, pérdida del apetito, trastornos infantiles en la alimentación), enuresis (incontinen--- cencia de la orina), encopresis (incontinencia de las heces), cefalalgia (dolores de cabeza tensionales), agitación, deso--- rientación, explosión agresiva, estado de excitación.

Trastornos Transitorios de Inadaptación a Situaciones Especiales: Incluye los trastornos pasajeros de cualquier gravedad y naturaleza que aparecen en individuos sin aparente trastorno mental previo.

Son respuestas a una situación que encierra una sobrecarga emocional y excepcional física o mental y generalmente tienden a desaparecer en horas o días: delirio por agota--- miento, intento de suicidio como reacción a una sobrecarga emg

cional, reacción a una gran tensión emocional, reacción a situaciones especiales en el adolescente, reacción de adaptación de la vida adulta.

Trastornos Mentales no especificados como Psicóticos Asociados con Afecciones Somáticas: Incluye las neurosis y los trastornos de la personalidad atribuibles a lesiones somáticas que afectan el cerebro, tales como traumatismo cerebral o encefalitis, infecciones intracraneales, intoxicación general por toxoinfección o por drogas o venenos, epilepsia, trastornos del metabolismo, del crecimiento o de la nutrición, enfermedad cerebral senil o presenil, tumor intracraneal, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central.

Trastornos del Comportamiento en la Infancia: Esta categoría es bastante deficiente e inadecuada para clasificar los trastornos de la infancia, por lo cual deberán ser considerados simplemente como términos.

a) Autismo Infantil: Incluye un síndrome que se presenta desde el nacimiento o se inicia casi invariablemente durante los primeros 30 meses de la vida. Las respuestas a los estímulos auditivos y visuales son anormales y de ordinario se presentan severas dificultades en la comprensión del lenguaje hablado. Hay retardo en el desarrollo del lenguaje y si logra desarrollarse, se caracterizan por ecolalia (7), inversión de pronombres, estructura gramatical inmadura e incapacidad para usar términos abstractos.

Los problemas en las relaciones sociales antes de los 5 años, son muy graves e incluyen un defecto en el desarro

llo de la mirada directa a los ojos, en las relaciones sociales y en el juego cooperativo. Es frecuente el comportamiento ritualista y puede incluir rutinas anormales, resistencia al cambio, apego a objetos extravagantes y patrones estereotipados de juego. El índice de inteligencia va desde severamente subnormal hasta normal o por encima. Términos incluidos - autismo de la niñez, psicosis infantil.

b) Trastornos de la Conducta en la Infancia: Incluye principalmente el comportamiento agresivo y destructor y también trastornos relacionados con la delincuencia, trastornos que se caracterizan por comportamiento antisocial, tales como provocación, desobediencia, robo, piromanía, y relaciones perturbadas con los demás.

c) Síndrome Hiperquinético en la Infancia: Incluye un trastorno cuyos síntomas esenciales son el poco alcance de la atención y distractibilidad. En la primera infancia el síntoma más importante es una hiperactividad extrema, desinhibida, pobremente organizada y regulada, que en la adolescencia puede reemplazarse por actividad disminuida.

Otros síntomas comunes son también la impulsividad, las fluctuaciones muy marcadas del estado de ánimo y la agresividad. A menudo se presentan retardos en el desarrollo de habilidades específicas y una manera difícil y pobre de relacionarse con los demás.

d) Reacción de Adaptación en la Infancia: Incluye trastornos benignos o pasajeros sin aparente trastorno mental previo. Tales trastornos a menudo se circunscriben a una situación específica, suelen ser reversibles y por lo general -

duran unos pocos meses. Pueden presentarse en respuesta a situaciones de tensión, tales como pérdida de un ser querido, migración o experiencia de separación. No se asocia con una distorsión significativa del desarrollo. Término incluido terrores nocturnos.

C) **Oligofrenia:** Incluye un trastorno en el cual el desarrollo de la mente se ha detenido o es incompleto, que se caracteriza especialmente por una inteligencia subnormal y es de una naturaleza o grado que requiere o es susceptible de tratamiento médico o exige un cuidado o adiestramiento especial del paciente.

Los trastornos son subsiguientes a infecciones e intoxicaciones, por ejemplo, infecciones prenatales, tales como rubeola congénita, sífilis, toxoplasmosis (8), infecciones postnatales, tales como absceso encefálico, encefalitis, envenenamiento por plomo, toxemia materna (9).

Trastornos del metabolismo, del crecimiento o de la nutrición, hipoxia al nacer, lesión postnatal.

Asociado con anomalías cromosómicas (enfermedad de Down), asociado con privación psicosocial, incluye los trastornos en los cuales el retardo mental aparece causado en gran parte o totalmente por factores psicológicos o sociales tales como padres inadecuados, privación ambiental y trastornos emocionales en la primera infancia.

La oligofrenia se clasifica además como: oligofrenia liminar (retardo temporal del desarrollo intelectual), oligofrenia discreta (mentalidad débil), oligofrenia moderada (deficiencia mental moderada), oligofrenia severa (imbecilidad), oligofrenia grave (idiotéz, coeficiente intelectual por debajo de 20).

Trastornos que pueden conducir a contactos con Servicios Psiquiátricos: Enfermedades infecciosas y parasitarias,

tumores (neoplasmas), enfermedades de las glándulas endócrinas, de la nutrición y del metabolismo, enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, enfermedades del aparato digestivo, enfermedades del aparato genitourinario, anomalías congénitas, accidentes, envenenamientos y violencias.

GLOSARIO DE TERMINOS

- (1) Hebefrenia.- Psicopatía de la adolescencia. Demencia precoz de la pubertad, constitucional, caracterizada por estados de depresión y de agitación con delirios polimorfos, pueriles, absurdos, movibles (ideas de grandeza, de enormidad, de misticismo, de hipocondría, de culpabilidad).
- (2) Catatonía.- Síndrome común a varias psicosis, caracterizado por actitudes fijadas de forma cataleptoides, debidas a la contracción tónica de los músculos de una región del cuerpo. Lo más a menudo ésta rigidez muscular aumenta cuando se la quiere hacer cesar.
- (3) Hiperquinesia.- Trastorno cuyos síntomas esenciales son el poco alcance de la atención y distractibilidad. En la primera infancia el síntoma más importante es una hiperactividad extrema, desinhibida, pobremente organizada y regulada que en la adolescencia puede reemplazarse por actividad disminuida.
- (4) Iterativo.- Que se hace de nuevo, que se repite.
- (5) Nihilismo.- Negativismo.
- (6) Ciclotimia.- Psicosis circular ligera de doble forma, - compuesta de dos periodos distintos, uno de excitación y otro de depresión ligeras, con oscilaciones del humor más o menos regulares y más o menos duraderas, compatible con la vida social y que no motiva el internamiento.
- (7) Ecolalia.- Tendencia a imitar de una manera automática los sonidos, las palabras, los gritos, la última sílaba de una palabra oída.

- (8) Tokoplasmosis.- Envenenamiento general de la sangre por las toxinas.
- (9) Toxemia Materna.- Insuficiencia hepática que se observa especialmente en las embarazadas con respecto a las toxinas producidas por el organismo y en particular respecto a las de origen alimenticio. Se caracteriza diversamente según las predisposiciones constitucionales del sujeto, por erupciones, gingivitis, tialismo, vómitos, trastornos cardíacos, albuminuria, hidropesía, anemia, convulsiones, psicosis.

ASPECTOS ODONTOLÓGICOS EN PACIENTES

PSIQUIÁTRICOS

La literatura de los últimos 20 años interesada en la salud bucal, no ha podido establecer una opinión unánime en lo que se refiere a la terapia e incidencia de los trastornos dentales de los retrasados.

Al atender un paciente psiquiátrico y los que presentan un retraso mental, podemos caer en la exclusión de errores comunes dada la resistencia que pueda presentar. Sin embargo la mayoría de estos pacientes manifiestan siempre la incidencia de caries, las enfermedades periodontales, y el impacto de las incapacidades hereditarias y del desarrollo de la dentición.

Encontraremos pacientes que presentarán incapacidades para bastarse por sí mismos, difíciles para comunicarse, con un profundo retraso mental y dadas sus condiciones generales las que presentará en la boca serán tales como dientes insuficientes, los dientes faltantes provocarán una pésima masticación, sin áreas de contacto, movilidad, grandes espacios edéntulos. También habrá aquellos pacientes que presentarán una buena condición bucal con las piezas suficientes para lograr una buena masticación, de modo natural y suficiente, o bien aquellos que se puedan auxiliar parcial o totalmente con prótesis.

1.- C A R I E S .

Aunque la presencia de caries rampantes se supone está universalmente presente en los retrasados, muchos investigadores no están de acuerdo con esto. Hay quienes obtienen un porcentaje de caries más alto en los pacientes normales.

Algunos estudios implican la presencia de un componente salival que aumenta la resistencia a la caries. Muchos retrasados tienen una dieta que carece o contiene muy poca azúcar, estando además bajo control.

Un flujo de saliva aumentada puede añadir resistencia a la caries. Dentro de los retrasados, los individuos con síndrome Down, parecen tener los niveles más altos de resistencia. En contraste, algunos estudios dan una experiencia de caries equivalente o superior.

En la mayoría de las investigaciones las interpretaciones de proporción de caries están basadas en experiencias clínicas y no radiográficas. La dificultad de obtener radiografías de rutina, reduce el descubrimiento de las lesiones tempranas o menos habituales.

2.- TRASTORNOS PERIODONTALES.

Los trastornos periodontales son mucho más frecuentes en los pacientes retrasados mentales y con mayor severidad en los mongoloides.

Contribuyen en gran medida los factores locales presentes en forma abundante, pérdida alveolar, una muy grande inflamación gingival, provocada además por factores sistémicos, la deficiencia neuromuscular, las sustancias químicas que provocan cambios en el metabolismo y en el nervio simpático y parasimpático.

Con reacción de trastorno periodontal, se incluyen los pacientes que padecen epilepsia, pero aquí a diferencia de los otros pacientes, éstos son tratados con difenilidantoinato, lo que da por resultado un agrandamiento gingival de tipo hipertrófico llamado hiperplasia gingival hidantoínica, caracterizada por encías voluminosas de color rosa coral, de superficie dura, lobular y tumefacta, aparece en caras vestibulares e interproximales alrededor del cuello de los dientes, que cubre parcialmente al diente y puede llegar a interferir con la oclusión.

Las maloclusiones también son frecuentes al observar pacientes psiquiátricos, provocadas por patologías que alteran el metabolismo durante el periodo de desarrollo eruptivo de los dientes con marcados disturbios, problemas atribuibles a un desarrollo muscular anormal de las regiones orales que provocan maloclusiones.

La recidiva del herpes labial es bastante común y -

se presenta cuando existen estados febriles con estados de stress por alteraciones emocionales, seguido de trauma o quemadura, frecuente y determinado por la incidencia de enfermedades sistémicas, determinado además por los aspectos psicológicos que pueden dar argumentos para la evolución del caso. También es frecuente el herpes simple por virus.

La neurofibromatosis múltiple es de carácter Mendeliano-dominante, se considera un problema de desarrollo del sistema nervioso, manifestándose desórdenes en su distribución. Las lesiones provocadas son gliomas, meningiomas, neuromas ópticos y acústicos, hemangioma intracraneal.

La cavidad oral está envuelta entre un 4 y 7% de los casos. Los trastornos orales involucran dislocación, dientes impactados, piezas perdidas, grandes zonas óseas maxilares o mandibulares, nervios motores y músculos, la lengua la más de las veces se ve afectada, hay elevación múltiple de tejidos blandos, la pigmentación de la piel será de color café, máculas suaves de bordes café y neurofibromas de nervios periféricos.

Las hiperplasias gingivales también son frecuentes y por variadísimas causas que van desde los irritantes locales, la relación anormal de un diente con su antagonista, la presencia de cavidades cervice-subgingivales, restauraciones incorrectas o ya deficientes, los depósitos calcáreos, la acidez, falta de aseo bucal, disfunción masticatoria, empujamiento de alimentos.

La gingivitis se relaciona a menudo con la respiración bucal, con cambios en la encía, edema o eritema, irrita-

ción por la deshidratación en la superficie de la encía, pérdida de resistencia del tejido, resacamiento de la cavidad bucal, pérdida de la acción protectora de la saliva o del equilibrio de la flora microbiana.

Se podría decir que los trastornos más comunes en los pacientes retrasados son los desórdenes periodontales, defectos palatinos, reacción de los tejidos a las drogas (especialmente con dilantín), retención de alimento y falta de remoción de la placa, resulta en un engrosamiento gingival, gingivorragias, gingivitis necrosante y periodontitis, bruxismo, agresiones y lesiones dentales, fracturas, defectos bucales o linguales.

Los trastornos periodontales empiezan a una edad temprana en la mayoría de los pacientes con Síndrome Down, esto sin tener relación con la higiene oral, debiéndose a cambios circulatorios en estos pacientes, que afectan las estructuras de sostén.

Se cree que una distrofia del tejido conectivo subyacente crea un efecto de degeneración ósea.

Cambios en el metabolismo de los esteroides y un estado inmunológico anormal pueden sumarse al potencial de trastornos periodontales.

ASPECTOS ODONTOLÓGICOS EN PACIENTES

PSIQUIÁTRICOS

La presentación de los siguientes casos clínicos pretende lograr cierta objetividad sobre los aspectos odontológicos que se observaron en los diferentes padecimientos mentales.

Dichos casos fueron tratados odontológicamente dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Muchos pacientes son reportados al Departamento de Odontología, en donde se les atiende conforme a las circunstancias bucales y a juicio del especialista, por lo general no es aplicable la rama de la prótesis, por lo menos no durante su estancia hospitalaria.

Evidenciar los trastornos mentales y discernirlos como consecuencia colateral de la deficiencia mental, constituye para cada paciente variadas manifestaciones, en general dichas manifestaciones no difieren grandemente de las que pueda presentar un paciente normal.

Fueron seleccionados aquellos disturbios mentales característicos, con su respectiva carga y secuela sobre la boca.

Solamente se hace la presentación del caso con su respectiva ficha de identificación, el motivo de ingreso, examen psiquiátrico directo y la impresión diagnóstica.

Hebrá que verlas como fichas odontológicas, puesto que no narran el examen mental, estudio psicológico y evolución intrahospitalaria; se plantea aquéllo que fué observable y practicable odontológicamente.

Tampoco es posible hablar de técnicas dentales o bien de tratamientos especiales, como se ha mencionado anteriormente las diferencias dentales entre pacientes psiquiátricos y aquellos normales de hecho no existen, solo que entre los primeros los desórdenes se agudizan y proliferan.

Generalmente nuestras instituciones no cuentan con los medios apropiados para tratárseles odontológicamente, además de que un paciente sólo permanece en el hospital por un período de tres meses, a partir del cual es canalizado a otras instituciones o bien es remitido a su hogar.

El contar con poco tiempo limita las posibilidades de un tratamiento dental, además de que su período hospitalario va dirigido especialmente a reducir y eliminar aquellos factores de orden psiquiátrico.

Nombre: E. A. S.
Edad: 20 años
Sexo: Masculino
Estado Civil: Soltero
Escolaridad: Segundo de Preparatoria
Ocupación: Ninguna
Lugar de nacimiento: México, D. F.
Responsable: Reportado por su madre

MOTIVO DE INGRESO: Intentos de agresión en contra de su madre y hermanos (física y verbal), soliloquios, ricas inmotivadas, insomnio, aislamiento, transmisión de pensamiento por telepatía, alucinaciones auditivas, ideas delirantes - de daño y perjuicio, practica hechizamientos (clavar agujas - en muñecos).

La familia nota su padecimiento dos años atrás, descaído de arreglo personal, deja de asistir a la escuela, desaparición de objetos de casa, pérdida de respeto a la familia, se le encuentra marihuana, irritable al pedirle que devuelva la hierba, utiliza además Mandrax, Quelude y Payote.

En la familia hay un hermano de 25 años que padece esquizofrenia, padre que dice tener poderes para curar gente con espiritismo, hermana inválida por anorexia cerebral.

El paciente presenta lenguaje coherente, memoria normal aparente, atención y concentración disminuidas.

IMPRESION DIAGNOSTICA: a) Esquizofrenia, b) Toxicomanía, c) Descartar psicosis tóxica.

TRATAMIENTO: Haldol ampollitas 5 mg., Haldol tabletas 5 mg., Sinogen ampollitas 5 mg., Akineton ampollitas 2 mg., Kalmocans cápsulas 30 mg., vigilancia por peligro de fuga.

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA: Paciente que es reportado de su piso por presentar dolor e inflamación en boca.

Durante la exploración oral, se descubren restos radiculares de primer molar inferior izquierdo, dolor en segundo premolar inferior izquierdo, falta de hueso, encía y tejidos blandos con buena coloración, sin alteraciones dominantes, ausencia de primeros molares superiores e inferiores derechos, caries múltiples de distinto grado en varias piezas.

Se procede a anestésiar con puntos locales usando xilocaína, primero para curar caries de tercer grado en segundo premolar inferior izquierdo, se remueve tejido carioso en cara oclusal y vestibular, para colocar después bases de curación con hidróxido de calcio y óxido de zinc. Inmediatamente después se efectúa extracción de restos radiculares en primer molar inferior izquierdo, la cual se realiza sin problemas. Se coloca taponamiento con gasas, se remite a su piso y se recomienda vigilar sangrado oral y llevar dieta líquida el resto del día.

Durante su visita al consultorio el paciente sólo se quejó en voz baja sin oponer resistencia al trabajo dental, posteriormente se realizaron dos entrevistas en donde se le curaron y obturaron con amalgama piezas superiores e inferiores.

Nombre: D. C. de la I.
Sexo: Femenino
Edad: 29 años
Estado Civil: Soltera
Escolaridad: Secretaria y Comercio
Ocupación: Ninguna
Originaria: México, D. F.
Responsable: La madre

MOTIVO DE INGRESO: La paciente reinicia su cuadro en tal forma: irritabilidad, distimias (1), insomnio, "busca plei-
tas con las vecinas", verborrea, incoherente e incongruente.

Inicia su padecimiento hace aproximadamente cuatro años, dromomanía, insomnio, errores en la conducta, agresividad (desencadenada cuando se le negó ser novia de un muchacho farmacodependiente), lleva un tratamiento inespecífico remitiendo su cuadro psicótico con periodicidad. A su ingreso se le describe con síndrome de agitación psicomotriz confusional secundario a epilepsia.

Padre muerto hace cuatro años, rechaza a la madre porque le quita los novios, se le observa exaltada, inquieta (prendiendo y apagando la luz del consultorio), da ordenes en forma imperativa.

Orientada en persona, no en tiempo y lugar, de respuestas cortas, identifica objetos, pero al prolongarse la entrevista se torna incoherente e incongruente, con distimias, se ale de pronto estrepitosamente, con elementos delirantes místicos de dafío y perjuicio, juicio distorciónado, sin conciencia de enfermedad, durante el interrogatorio refiere que "solo Olivia Newton John y ustedes los científicos necesitan acomodarse

en la vida y purificarse con agua para no ser castigados por - Jehová, que el eclipse de 1975 fué una señal de su poder, habla del Salmo 23 y lo escribe, se ríe, y habla de los foquitos que nos están mirando.

IMPRESION DIAGNOSTICA: Esquizofrenia paranoide (con elementos místicos y megalomaniacos). Epilepsia parcial de - sintomatología compleja.

TRATAMIENTO: Majantil tabletas 17 mg. (tres al día), Sinogan tabletas 25 mg. (una en la noche), Akineton tabletas - 2 mg. (tres al día).

La paciente se resiste a la medicación oral, por lo cual es necesario manejarla.

Trilafon ampollitas 5 mg. intramuscular 3 al día.

Akineton ampollitas 5 mg. P.R.N.

Sinogan ampollitas 25 mg., una por la noche.

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA: La paciente se encuentra en el consultorio pero presenta un profundo estado de sedación y parkinsonismo que dificulta la exploración, rápidamente se observa que hay falta de aseo, las encías están bastante inflamadas y sangran con facilidad, no hay ausencia de piezas dentales, sin embargo presentan gran movilidad centrales y laterales inferiores, caries en ambas arcadas de distinto grado.

En cierto modo la sedación que presenta favorece el hecho de no usar anestesia para efectuar curaciones, rápidamente se remueve tejido carioso de primero y segundo molares inferiores derechos, usando cucharilla para evitar algún daño al usar pieza de mano, se procura sobre todo eliminar caries y la

grat cierta retención en cavidad provisional y se colocan bases de curación.

Se le pide a la enfermera que acompañe a la paciente que se vigile el aseo oral y la visita al consultorio al día siguiente, visita que no se efectúa pues la paciente no es remitida al consultorio dental.

(1) Distimias: Tristeza con más o menos ansiedad.

Nombre: P. M. U.

Edad: 20 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Sabe leer y escribir

Estado Civil: Unión libre

Originaria: San Andrés Tetenilco, Edo. de Méx.

Responsable: Remitido por su pareja

MOTIVO DE INGRESO: Paciente que presenta crisis de risa y llanto, agitación motriz, desmayos sin pérdida del conocimiento, la paciente procede de hogar desintegrado, riñas constantes con su familia por criticar a la paciente, es madre de una niña de dos años, a la cual le pega y maltrata, hace vida marital con su actual pareja desde hace 6 meses, es irritable y ansiosa, discute con su compañero.

Desde hace ocho días presenta estas crisis y fue internada en el Hospital Civil de Cuautla, Mor., se le aplican sedantes sin modificación del cuadro, permanece sujeta por la inquietud y agitación, es trasladada a este Hospital (Fray Bernardino Alvarez).

IMPRESION DIAGNOSTICA: a) Psiconeurosis histérica, b) Síndrome de agitación psicomotriz, c) descartar proceso orgánico tóxico-infeccioso.

TRATAMIENTO: Valium, Haldol, Sinogan, se le mantiene frente a la enfermería y se le sujeta si es necesario.

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA: Paciente que viene acompañada de enfermera y asiste contra su voluntad, en malas condiciones de higiene y aliño, se muestra desinteresada y no

coopera al interrogatorio, se expresa en voz baja, lenta, coherente, y de respuestas simples. Hay necesidad de sujetarla pues presenta parkinsonismo.

Durante la observación se usa abrebocas, presenta una severa infección de central superior izquierdo, con fístula a nivel apical, presenta además infección perianical del segundo premolar superior izquierdo, pésimas condiciones de aseo, gingivitis muy acentuada en ambas arcadas.

Usando xilocaína y con puntos locales, se procede a la extracción del central superior izquierdo, se remite a su piso y se le da un tratamiento a base de Penprocilina de 800,000 unidades y analgésicos P.R.N.

Nombre: J. L. O. H.
Sexo: Masculino
Edad: 23 años
Estado Civil: Soltero
Ocupación: Ninguna
Originario: México, D. F.
Responsable: Madre del paciente

MOTIVO DE INGRESO: Hace aproximadamente dos años estuvo en este Hospital bajo el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, fué dado de alta y estuvo controlado en base a medicamentos, pero los abandona hace un año, periodo en el cual abandona el hogar y aparece en la sierra de Guerrero, gritando en el campo y corriendo sobre la carretera, es remitido a este Hospital con ideas delirantes de daño, grandeza, transmisión del pensamiento, vagabundeo, soliloquios, errores de conducta, insomnio total durante varios días, histriónico, con posturas afectadas, se para e inicia un discurso como si estuviera divulgando un nuevo evangelio, conciencia clara, afecto exaltado nivel intelectual en límites normales, habla sobre los diferentes tipos de personalidad, del bien y del mal, del por qué es homosexual, del por qué su ambivalencia, de su locura que es maravillosa, externa ideas de daño por parte de su madre, control del pensamiento del cual culpa a su madre, desorientado en tiempo, orientado en espacio y persona, memorias íntegras, hay conciencia de enfermedad mental pero la ve como una gracia recibida del cielo.

IMPRESION DIAGNOSTICA: Esquizofrenia Paranoide.

TRATAMIENTO: Maldol, Sinogan, Valium, Akineton, y se le vigila por riesgo de fuga.

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA: El expediente del paciente trae una nota del médico de su piso, informando que el paciente se ha mantenido bajo medicamento (antibiótico) hace tres días, se ha quejado de dolor para la masticación y se ha negado a comer.

Se interroga al paciente y sólo se limita a señalar con su dedo el molar superior derecho, se inspecciona al paciente encontrándose en la región superior derecha molares con caries de tercer grado.

Presenta gran destrucción y ausencia de varias piezas, tanto superiores como inferiores, hay también restos radiculares de piezas posteriores inferiores.

El paciente accede a la sugerencia de extracción del segundo molar superior derecho, se anestesia con puntos locales, y la pieza cede con facilidad pues ha sufrido un estado muy avanzado de infección perianical, se limpia perfectamente la zona y se coloca gasa para taponamiento.

Durante la siguiente visita el paciente fue más cooperador y menos parco que la anterior, permite las extracciones de varios restos radiculares de molares y premolares inferiores derechos en base a anestesia regional y puntos locales.

Nombre: D. N. de la P.

Sexo: Femenino

Edad: 36 años

Estado Civil: casada

Escolaridad: Primaria/Cultora de Belleza

Ocupación: Hogar

Lugar de Nacimiento: México, D. F.

Responsable: Internada por su hermana

MOTIVO DE INGRESO: Paciente que se niega a tener - contacto con objetos o personas, no mueve las manos, se niega a tocar a su esposo e hijos. El no querer que enciendan la - televisión pues de lo contrario se enterarían de lo que ella piensa (de mis cosas).

Inicia su padecimiento hace 5 años, posterior a - aborto provocado, efectuado por dificultades económicas (esq so no trabajaba), se inicia con verguenza, miedo a pasar por el hospital, "bajaba la cabeza de verguenza e indignidad", al ver a la gente a quienes había dicho que iba a tener un hijo.

Deja de salir progresivamente a lugares públicos y solo realizar lo indispensable en cuanto a la atención de la familia, ésto progresa siendo más angustiante y vergonzoso, se inicia con recuerdos tales como: pienso que cuando yo tenía doce años una niña me puso su mano en mi parte y me sentí mal cuando inició mi menstruación ya que nadie me había dicho nada. Hace cuatro meses se agudiza el cuadro, vi a unos señores enfrente de mi casa en los matorrales y como que se agarraban (descripción de masturbación que no atrevo a darle el nombre), y veía en los periódicos cosas de mujeres violadas

y al ver a una viejita que es mi vecina pensaba que yo la vigilaba y por las noches antes de dormir me imaginaba que hacía cosas con ella, las ideas se me repiten, siento que estoy sucia, que la gente se puede enterar de mis pensamientos (todo lo narrado anteriormente).

Su conciencia es clara, orientada en las tres esferas, conciente, capacidades integrativas superiores sin daño, afectividad modulada de acuerdo con lo relatado, angustiada, desesperada e intranquila, actividad disminuida al negarse a mover las manos. Niega otro tipo de alteraciones.

IMPRESION DIAGNOSTICA: Neurosis obsesivo compulsiva, descartar daño orgánico cerebral.

TRATAMIENTO: Stelazine tabletas 10 mg., Akineton tabletas 2 mg., ambas tres veces al día.

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA: La paciente viene acompañada de enfermera, al llamarla por su nombre se pone de pie y pasa al consultorio, es dócil y cooperadora, explica que tiene dolor de muelas.

Al examinar encontramos ausencia de varias piezas centrales superiores (usaba prótesis fija la cual con el tiempo se cayó), ausencia de primero y segundo molares inferiores derechos e izquierdos, presenta caries de tercer grado en premolares superiores derechos, caries de primero y segundo grado en premolares y molares superiores izquierdos.

Se hizo la extracción de premolares superiores dere--

chos, a lo cual se le recomienda el tratar de curar y conservar dichas piezas.

Se anestesia con puntas locales usando xilocaína, - se practican preparaciones especialmente en las caras interproximales pues son las más afectadas y se remueve tejido carioso usando cucharillas, el avanzado estado de deterioro hace necesario colocar bases de curación con Dycal (ya que no se cuenta con otros medicamentos), dichas curaciones son provisionales y se le pide a la enfermera que se le de cita en su piso para dentro de ocho días.

Pasada una semana la paciente regresa al consultorio, manifiesta que no ha tenido problemas y las molestias - han disminuido. Se encuentra en estado de sedación lo cual favorece que se le puedan hacer obturaciones con amalgama, quedando pendientes por curar piezas superiores izquierdas.

ASISTENCIAS DENTALES EN PACIENTES

PSIQUIATRICOS

Frecuentemente nos encontramos que los programas terapéuticos en instituciones psiquiátricas, no incluyen o mencionan las necesidades dentales.

Al enfrentar odontológicamente pacientes psiquiátricos habrá que apreciar las características bucales conforme a las condiciones generales que en la mayoría de los casos van en este orden:

a) Pésimas condiciones bucales: Dientes faltantes e insuficientes, pésima masticación, sin áreas de contacto, movilidad y grandes espacios adéntulos.

b) Regular condición bucal: Dientes insuficientes y por lo mismo su área de masticación.

c) Buena condición bucal: Piezas dentales suficientes para lograr una área de masticación grande, de modo natural y suficiente. Aquéllos que pueden aceptar y auxiliarse por medio de prótesis.

En especial los pacientes psiquiátricos y los que presentan retardo mental, es difícil llevar una asistencia en condiciones adecuadas pero no imposible.

El dentista tendrá como bases estos conceptos: dolor, deterioro, pérdida y cambios. Que van ligados además a patologías o traumas, que se agudizan por un factor que es la ansiedad o angustia, con futuras consecuencias.

Las decisiones que se tomen se verán involucradas además por el tipo de tratamiento, la información que se ten-

ga sobre el paciente y los factores emocionales que harán menos difícil la observación, a modo de resolver el tratamiento en la situación actual.

El dentista estará por lo tanto inclinado a disminuir aquellos aspectos de emergencia al observar al paciente, - reconocer los casos de mayor negatividad, conforme a la práctica, tratar aquellos casos en orden de importancia o de mayor brevedad y reconocer las emergencias clínicas y las emergencias psicológicas.

Se tratará de especificar dichos problemas a pesar de la dificultad que ello representa.

Hay que tomar en cuenta que los pacientes hospitalizados, en su mayoría, nunca han visto un dentista.

Por otro lado las características que predominan - son de carácter emergente conforme a signos y síntomas de mayor prioridad y tratamiento inmediato, pacientes además capaces de asimilar el tratamiento que no vayan a presentar una crisis durante su intervención clínica.

Debe intuirse cuando un paciente presenta stress, - será más dócil cuando no presenta verborrea, a pesar de que - no hay una lista de los signos del stress en un tratamiento dental, deben ser considerados y de mucha importancia para - evitar errores durante las visitas de rutina pre y post tratamiento.

Durante los estados emocionales negativos, se gene-

realizan los estados de stress; ira, miedo, culpa, depresión y ansiedad.

Presentan tensión muscular, disturbios del lenguaje, acompañados de expresiones faciales, con cambios típicos cognitivos sobre las funciones (juicio, memoria, percepción y relación). Incremento en funciones cardiovasculares, de respiración y glándulas y factores emocionales. Producción de adrenalina con cambios sobre tracto gastrointestinal, cambios y alteraciones fisiológicas y psicológicas.

Generalmente el estado de stress se presenta en forma de conflicto, se atenderán las facetas más características a modo de evitar durante el tratamiento las consecuencias que puedan originar una emergencia.

Un aspecto psicológico importante concerniente al tratamiento, es aquél que maneja la relación pasiva dependiente y la figure autoritaria.

La regresión es otro tipo de defensa, que funciona cuando se recuerdan ciertos datos sobre malestares físicos. La regresión es accionada por "realidades" psicológicas (sobre todo de memorias medrosas).

Mientras que la negatividad o negación se debe a aspectos físicos, por ejemplo cuando se rompió un diente, en estos casos entran la represión actuando de un modo en el que se pueden olvidar las experiencias dentales.

Cuando el paciente se muestre demasiado represivo o negativo, no entenderá o no se le convencerá del daño o grave

dad del cual no se sentirá responsable.

Mientras que otros pacientes no son capaces de reconocer su daño, por lo que se encuentran en estado de supresión.

Todas estas defensas psicológicas las puede presentar el paciente antes de cooperar o reconocer su responsabilidad.

Por otro lado, el paciente puede presentarse con un caso de invalidación o evadirse de su problema, aunque éste sea observable, a menos que involucre su corporeidad.

La regresión es otro tipo de defensa, en la que se involucra integridad, corporeidad, abandono y dependencia, con apariencia infantil. En este caso el dentista deberá aparecer como una figure autoritaria benevolente, de manera que sea aprobado y maneje la situación, de otro modo no será aceptado y se presentarán accesos de ansiedad, hostilidad, depresión, desmoralización.

Este tipo de aspectos deberán ser manejados por el dentista, y que se presentarán en su trabajo y deberán reconocerse como defensas psicológicas y desadaptaciones de carácter. El dentista deberá hacer una evaluación rápida y comprometerse de tal modo que el tratamiento clínico sea funcional, deberá eliminar y reducir aquellos aspectos que incluso involucren corporalmente al paciente, el estado psicológico del paciente y la rapidez con que se proceda durante el tratamiento, darán una mayor efectividad a dicho tratamiento.

Los desórdenes orales que con mayor frecuencia se presentan son las lesiones coronales (sobre el límite del esmalte), fracturas de caras oclusales, exposición de dentina, bruxismo, caries que pueden ir desde un grado severo (muy avanzado), moderado y leve.

Es bastante común que se practiquen las extracciones (a pesar de tener un carácter irreversible), en el caso de pacientes con orofundo retraso mental, ya que durante los periodos de crisis sufren caídas con las consecuentes fracturas dentales.

Muchas manifestaciones cariosas se presentarán en un momento casi siempre emergente, dado que los pacientes psiquiátricos tienen un umbral del dolor elevado (debido generalmente a medicación), su tratamiento consistirá en la extracción, también se dan los casos en donde es posible hacer obturaciones, o en el mejor de los casos con restauraciones.

Los defectos bucales o linguales en muy raras ocasiones llegan a presentarse.

Es bastante común la falta de aseo con sus respectivas consecuencias periodontales, aparte de las razones que se han mencionado anteriormente; falta de aseo que ocasiona además caries. El dentista procurará un tratamiento profiláctico como medida de control, tratará además de rehabilitar para devolver funcionalidad (por medios protésicos si lo cree conveniente).

Deberá tomar en cuenta las series radiográficas como medidas preventivas (incluso bajo el uso de anestesia gang

ral), reducir al máximo los carbohidratos, se recomienda el uso sistémico de aplicaciones de flúor, el control de la dieta y masticación, requerir una serie de visitas periódicas al consultorio, si es posible hacer un estudio socioeconómico, sobre todo un tratamiento que contribuya eficazmente en las manifestaciones orales con métodos y materiales adecuados, y sobre todo determinar cuándo un malestar es realmente serio, reconocer cuándo un paciente es mentalmente entrenable o educable, cuidar la premedicación consultando al especialista, en el caso de drogas sedantes y analgésicas ya que pueden dar reacciones onuestas, en el uso de barbitúricos debe extremarse el cuidado.

La sujeción se practica en muchas instituciones, se puede sujetar las manos para evitar los movimientos erráticos y los traumatismos.

El desarrollo de un patrón de aceptación es básico en todas las relaciones médico-enfermo, para la modificación del comportamiento, para aceptar una terapia.

Es necesario que el dentista conozca la psicofarmacología, ya que ésta determina en gran medida las condiciones existentes tanto en la boca como los aspectos generales del paciente.

El tratamiento farmacológico en psiquiatría, a menudo es sintomático.

Los medicamentos terapéuticos juegan un importante papel en el tratamiento de las psicosis endógenas, como la esquizofrenia y las psicosis maniaco-depresivas, un papel menos

específico en el caso de las psicosis orgánicas, y casi ninguno en el caso de las neurosis.

Es necesario tomar en cuenta las variables dependientes del paciente como sexo, edad, ocupación, etc., así como las variables en cuanto a la selección de la droga, forma de administración, efectos colaterales del medicamento y significado psicodinámico del mismo.

Los efectos colaterales pueden interpretarse erróneamente como exacerbabción de los síntomas, y entender la psicodinamia de la reacción del paciente hacia la droga.

a) **Neurolépticos:** También llamados tranquilizantes mayores, deben su nombre a sus propiedades: producen sedación, suprimen la agitación, antipsicóticos, producen síntomas extrapiramidales, nivel de acción subcortical.

Clasificación: Dos son los neurolépticos principales usados: las fenotiazinas (Sinogan, Largactil, Trilafon, Stelezine), y las Butirofenonas (Haldol, Semap, Akineton).

Las administran a altas dosis, tienen la propiedad de ser sedativas y las que se utilizan a dosis bajas son altamente incisivas (Parkinsonizan más rápidamente).

Indicaciones: Esquizofrenia Aguda y Crónica, Psicosis Maniaco-Depresiva, Síndrome de Agitación, Psicomotriz (tóxico o de estados confusionales), Psicosis Alcohólica y Epilépticas, Psicosis Orgánica (psicosis del débil mental), Síndrome Demencial.

La respuesta del paciente a la droga es impredecible así como la selección de la misma es empírica. Sin embargo se pueden seguir algunos lineamientos generales: en la primera fase del tratamiento de la psicosis aguda se corrigen las alteraciones de la afectividad (manía, agresividad), de la vida instintiva, de la percepción (alucinaciones), o del pensamiento (delirios).

Son seleccionables entre el Largactil, Malleril, o el Haldol. Durante los primeros días se prefiere la vía parenteral y posteriormente la vía oral.

En las psicosis retardadas o crónicas se usan fenotiazinas incisivas (Stelazine, Trilafon).

En los casos de varios años de evolución y en aquellos pacientes en los que la medicación es difícil por resistencia a la ingesta se recomienda el uso de neurolepticos de acción prolongada (Semap).

Efectos colaterales: Por su acción los neurolepticos producen el síndrome extrapiramidal: rigidez, temblor, pérdida de los movimientos asociados, salivación excesiva, distonias, - diskinesia, acatisia, dermatosis, ictericia, agranulocitosis, - hipotensión, constipación.

b) Antidepresivos: Estos medicamentos están indicados en la depresión endógena, en la fase depresiva de las psicosis maniaco-depresivas y en las depresiones reactivas severas, enuresis y estados de ansiedad fóbica.

Clasificación: Tricíclicos, semejantes a las fenotiazinas, son dos los principales (Tofranil, Tryptanol).

IMAO (inhibidores de la Mono-amina-oxidasa), usados en los casos de depresiones resistentes al tratamiento con los tricíclicos.

Clinicamente corrigen los síntomas de depresión, sentimientos de tristeza, tendencia al llanto, ideas de culpa, - ideas suicidas, alteraciones en el ritmo del sueño, apatía, - astenia, pérdida de la libido, pérdida del apetito.

Efectos colaterales: Son debidos a sus propiedades - anticolinérgicas, sequedad de la boca, palpitaciones, visión - borrosa, hipotensión postural, mareo, náusea, vómito y constipación, reacciones alérgicas, ictericia y temblor, el insomnio es frecuente.

c) Ansiolíticas: Están indicados en ansiedad aguda, insomnio severo, epilepsia.

Clasificación: Benzodiazepinas (Diazepam, Valium, Ug tonique), usados por sus propiedades sedantes y ansiolíticas, pueden crear dependencia.

Barbitúricos: Compuestos altamente sedantes y moderadamente ansiolíticos. Actúan de manera similar a los neurolépticos, producen tranquilidad sin efecto antipsicótico y sedación en el paciente ansioso, relajamiento muscular y en ocasiones euforia.

Los barbitúricos bloquean funciones parasimpáticas, -
tienen propiedad anestésica y gran efecto hipnótico.

Producen tolerancia y dependencia, provocan somnolen-
cia, estupor y coma.

TRATAMIENTO DENTAL CON ANESTESIA GENERAL

(PARA PACIENTES DEFICIENTES MENTALES).- Las necesidades de dicho tratamiento, se verán condicionadas por dos aspectos que se presentan durante el efecto de la anestesia, como son: hipotensión e hipoxia, que son altamente cargadas de peligro, por lo que antes deberá considerarse al paciente aceptable para el tratamiento y de acuerdo a las necesidades del caso, o al caso de mayor gravedad.

El médico deberá estar informado del tipo de tratamiento que lleva el paciente, y el tratamiento planeado anestésicamente, sobre todo el no prescribir ningún tipo de drogas o contraindicaciones.

Muchos pacientes reciben tranquilizantes o sedativos dentro de su tratamiento de rutina, por lo que no es aceptable a menos que sea necesario, en tal caso se usará Diazepam como opción durante la noche o bien en la mañana antes de la operación técnica anestésica.

El acomplamiento mental entre las respuestas psicológicas y las condiciones operativas, se darán usando anestesia intravenosa, con inhalador por inducción, con intubación endotraqueal, usando también laringoscopio, procurando lubricar bien el tubo prótex, para evitar hemorragias en casos de amigdalitis o en pacientes muy jóvenes.

Son raros los casos de obstrucción respiratoria o de edema laríngeo cuando se emplea bien la intubación.

Para contribuir un poco al aspecto operativo, se podrán usar (cuando se lleve una hora o más) sedantes, dependiendo

do del caso y del individuo, teniendo la certeza que será una forma adecuada para crear las condiciones operativas.

Generalmente se usan vapores halógenos. Es conveniente mantener un diagrama sobre la frecuencia del pulso y respiración por el anestesista.

Se mantendrá la intubación nasal hasta la silla de trabajo, el anestesista deberá ir a la izquierda, se puede trabajar a cuatro manos y mientras el asistente irá preparando los materiales y ayudando en la recuperación.

Se tomarán radiografías si fuera necesario, habrá que mantener la boca abierta (abrebocas) y se practicarán las técnicas necesarias, remoción de caries, extracciones, se podrán modificar maloclusiones, aplicaciones de flúor, incluso se podrán poner las coronas si hacen falta en las piezas necesarias.

Una vez cumplido el tratamiento, el paciente será trasladado en camilla hasta la sala de recuperación, donde estará al cuidado de una enfermera que registrará los estados evolutivos.

Aquellos casos en donde existan deformaciones torácicas con presencia de espasmos, requerirán succión bronquial al final de la operación.

Se presenta un 4% de pacientes que tienen como reacción post-operativa el vómito. Por lo demás no existen otro tipo de complicaciones.

COMENTARIOS

Cuando un dentista trabaja con pacientes psiquiátricos, modifica muchas de sus apreciaciones, podrá enfrentar - desórdenes orales comunes comparables con la práctica cotidiana, pero encuentra que el éxito de un tratamiento dental no - está basado en diagnóstico, prevención y tratamiento, pues - éste equilibrio dental se ve disminuido por la dinámica del - paciente.

1o.) El paciente de algún modo inminente arrastra consigo la indolencia, en la exploración clínica se observan problemas inmediatos y casi siempre irreversibles.

2o.) La premedicación adecuada para un tratamiento dental está condicionada por la sintomatología del paciente.

3o.) La técnica correcta durante la intervención - la más de las veces se ve entorpecida por el paciente.

4o.) El paciente necesita de otra persona para seguir los cuidados postoperatorios.

5o.) En una institución psiquiátrica generalmente no se cuenta con los medicamentos e instrumental adecuado, en especial para contrarrestar los posibles accidentes.

6o.) El aceptar o tolerar un tratamiento dental en su gran mayoría está fuera del alcance del paciente.

BIBLIOGRAFIA

Pollack and Stewart Shapiro
 Estudio Comparativo de Caries en Niños Retrasados
 Mentales y Niños Normales.

J DENT RES Sep-Oct. 1971 Vol. 50 No. 5

Sandler, Roberts, Wojcicki
 Manifestaciones Orales en un Grupo de Pacientes
 con Retraso Mental.

Journal of Dentistry for Children

May-June, 1979

Rappaport C. Sydney
 Tratamiento Dental del Retrasado Mental

An Esp Odontostom

Vol. XXXIV Julio-agosto 1975

Dr. Luis Saenz de la Cruzada
 Aspectos Psicosomáticos en Estomatología

An Esp Odontostom

Vol. XXXIV Ene-Feb., 1975

Neave - Inkster - Phillips
 Dental Care for the Mentally Retarded

J Canad Dent Assn

No. 10, 1971

Wolff Werner

Introducción a la Psicopatología

Mackinnon Roger A.

Psiquiatría Clínica Aplicada

Ruiz Sánchez A.

La Quimioterapia de los Padecimientos Mentales

Dourkin Samuel F.

Psychodynamics of Dental Emergencies

Dental Clinics of North America

Vol. 17, No. 3, July 1973

Borberg William

Psicofarmacología Clínica

**Glosario de la Clasificación de las Enfermedades
Mentales**

Sección V, de la CIE-8

Pélicies Yves

Guía Psiquiátrica para el Médico General