

318322



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

27

MANEJO ODONTOLOGICO EN
PACIENTES CON PADECIMIENTO
PSIQUIATRICO.

(ESTUDIO EN 100 PACIENTES PSIQUIATRICOS
QUE FUERON CANALIZADOS A LA UNIDAD DE
ODONTOLOGIA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ")

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A :
VERENICE MARTINEZ RODRIGUEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. ENRIQUE SERRA ROJAS BELTRI

MEXICO, D. F.

278544

2000



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.

A mis padres:

Por el gran esfuerzo que hicieron para lograr mi educación y formación Profesional.

Gracias.

A mi hermana:

Por su apoyo.

A todos mis profesores

A la ULA:

Mi segunda casa, por haberme brindado Conocimiento, Formación y Estudio.

Verenice Martínez

ÍNDICE	PAG.
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA EN MÉXICO.....	4
2.1 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ.....	6
2.2 UNIDAD DE ODONTOLOGIA.....	10
3. PACIENTE PSIQUIÁTRICO.....	12
3.1 PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS Y SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS...	14
3.2 PATOLOGÍAS EN CAVIDAD BUCAL PRESENTES EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO.....	50
3.3 CARÁCTERÍSTICAS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE PSICOFÁRMACOS.....	81
4. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.....	115
4.1 ACTITUD DEL ODONTÓLOGO ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO.....	128
4.2 COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL.....	131
4.3 ACTITUD DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO ANTE LA CONSULTA DENTAL E INTERROGATORIO DEL ODONTÓLOGO.....	135
5. REHABILITACIÓN BUCAL EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO.....	152
5.1 DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO, Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON ALTERACIÓN PSIQUIÁTRICA.....	155
5.2 CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO BUCAL EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO.....	170

6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	174
7. ANÁLISIS.....	178
8. PROPUESTAS.....	179
9. CONCLUSIONES.....	181
10. ANEXOS.....	184
11. BIBLIOGRAFÍA.....	193

INTRODUCCIÓN

El contenido principal de este estudio es el mostrar una descripción general sobre los factores que influyen directamente para poder entablar una relación psiquiátrico-odontológica.

Es decir, para poder dar inicio a un tratamiento odontológico, nosotros como cirujanos dentistas tenemos que contar con información detallada del entorno físico, mental, terapéutico y social que rodea al paciente con padecimiento psiquiátrico.

El presente estudio está dividido en dos apartados; el primero correspondiente a la parte teórica, dentro de la cuál se da una descripción detallada sobre el paciente psiquiátrico y su enfermedad mental; conocimiento que es necesario tener presente para poder otorgar al paciente un adecuado manejo odontológico.

En este apartado también se incluyen definiciones, descripciones, características y manifestaciones en enfermedades bucales, la influencia en el estado físico del paciente que desencadena la administración de psicofármacos, métodos básicos para generar una correcta relación médico-paciente, y por supuesto lograr el objetivo principal de este estudio, que es el obtener una rehabilitación odontológica que resulte exitosa.

Dentro del segundo apartado se incluye el estudio práctico realizado a 100 pacientes que padecían algún tipo de trastorno psiquiátrico.

La información de este estudio se obtuvo mediante el aprovechamiento del bagaje práctico del área de odontología del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", así como de información rescatada por parte de expedientes clínicos y familiares del paciente.

Se mostrarán los resultados obtenidos de este estudio bajo la presentación de hoja de recopilación de datos y hoja de claves para crear un entendimiento más preciso de lo que se quiere mostrar.

Dentro de los datos que conforman la presente investigación se encuentran datos personales como:

1. Sexo
2. Edad
3. Estado Civil
4. Religión
5. Lugar de Nacimiento
6. Condición Económica
7. Fecha de Nacimiento
8. Ocupación Laboral
9. Nivel Escolar

También se incluye las distintas áreas médicas que pertenecen al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y que refirieron a sus pacientes al servicio de odontología como lo son:

1. Hospitalización Continua
2. Hospital de Día

3. Consulta Externa

4. Consulta Externa de Psicogeriatría

5. Unidad Médico Quirúrgica de Atención Intensiva Psiquiátrica (UMQAIP)

Se mostrarán resultados de diagnóstico:

1. Psiquiátrico

2. Odontológico

3. Farmacológico Psiquiátrico

4. Farmacológico Dental

Resultados de pruebas de laboratorio de:

1. HIV

2. VDRL

3. Coagulación y Cicatrización

Así como el comportamiento del paciente psiquiátrico, su higiene física y su actitud dentro del consultorio al dar inicio a su rehabilitación bucal.

Dicho estudio refleja mi decisión en otorgar a los estudiantes mayor información acerca de la odontología psiquiátrica y dedico y motivo a estos para que esta investigación sirva como antecedente a estudios posteriores relacionados a este tema.

Un paciente con padecimiento psiquiátrico sigue siendo un ser humano y merece tener las mismas consideraciones que cualquier otro individuo "sano".

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA EN MÉXICO

La tradición psiquiátrica en México se remonta a varios siglos atrás; desde sus orígenes se vincula con la cultura mexicana. La evolución de esta disciplina en México se divide en diversos apartados; los cuales se mencionan a continuación.

Etapa Prehispánica. Que abarca un lapso muy extenso del cuál , es del que menos se conoce. Esta etapa se extiende desde los primeros establecimientos humanos hasta la caída de Tenochtitlán, de la cuál se puede decir muy poco debido a la destrucción y el genocidio ocurridos después de la conquista; además , el carácter extracientífico de ese conocimiento lo hace tema de estudio mas de la antropología que de la medicina. La poca información con la que se cuenta pervive a nivel social entre el pueblo.

Etapa Precientífica. La cuál abarca un lapso que comprende desde el establecimiento del Hospital de San Hipólito hasta la fundación del Manicomio General. Es fundada en nuestro país la primera institución psiquiátrica en toda América, el Hospital de San Hipólito consagrado exclusivamente al cuidado de los enfermos mentales: fue fundado por Fray Bernardino Alvarez Herrera, su labor no se limitó únicamente al establecimiento de este hospital, sino que también logró la fundación del Hospital de Santa Cruz para enfermos mentales.

Labor que fue seguida por José Sáyo al lograr la fundación de un hogar para enfermas mentales que más tarde se conocería como el Hospital de la Canoa.

La atención siguió a cargo de los religiosos hasta que quedan bajo control del gobierno independiente. Con una gran dificultad lograron sobrevivir estas instituciones durante las guerras del siglo pasado hasta que se creó la Dirección de Beneficencia Pública, órgano que se hizo cargo de ellas.

Periodo Postrevolucionario. Comprende la creación de Hospitales-Granja, pero estos sus limitaciones rápidamente, ya que su diseño resultó inadecuado para dar atención en forma digna y funcional a los pacientes, además en el país no se disponía del personal adecuado y gran parte del personal de la castañeda se reubicó en ellos; finalmente el aislamiento geográfico e institucional obstaculizó su funcionamiento.

Etapas de la Castañeda. Está delimitada por la duración de esta institución, (Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez).

Con la creación de el Manicomio General de la Castañeda se inicia una nueva institución hospitalaria. Se inaugura el 1º de Septiembre de 1910 ; el proyecto fue realizado de manera eficiente resultando un edificio con gran belleza arquitectónica y altamente funcional. Este manicomio fue diseñado para atender a 1,000 enfermos como máximo, pero por la falta de otros centros de atención llegó a albergar a cerca de 3,500, ya que siempre cumplió su función asistencial y nunca se rechazaría a ningún enfermo; sin embargo, el tiempo y la falta de mantenimiento y cuidados lo convirtieron en algo obsoleto.

Etapas Modernas. Que comprende desde el inicio de la Operación Castañeda hasta nuestros días. La Operación Castañeda tenía como objetivo primordial modernizar la atención psiquiátrica por medio de la creación de una red nacional de centros de atención psiquiátrica por medio de hospitales que sustituyeron al Manicomio de la Castañeda y estos son algunos:

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan Navarro

Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez (Tláhuac)

Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano (Puebla)

Hospital Psiquiátrico Dr. Adolfo M. Nieto

Hospital Psiquiátrico Fernando Ocaranza, para enfermos crónicos no recuperables (Hidalgo)

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, para enfermos mentales agudos

LA INSTITUCIÓN

“Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

Orígenes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez: Surge a raíz del desmantelamiento de la Castañeda, institución que debido a su diseño de asilo de principios de siglo impedían el mejoramiento de la calidad en el servicio psiquiátrico.

La cobertura para la atención psiquiátrica era reducida y su proyección como especialidad científica era muy limitada, a pesar de que ya se habían abierto 7 Hospitales-Granja.

La existencia de 400 médicos que ejercían la psiquiatría de los cuáles más de la mitad la ejercían en forma privada entre un total de 30,000 médicos era apenas significativa en un país con 40 millones de habitantes, por otra parte el personal paramédico especializado era casi inexistente con 2 enfermeras psiquiátricas en todo el país. Mencionando con que la mayoría de estos profesionales habían sido capacitados en el extranjero.

El -entonces- Nuevo Hospital Psiquiátrico “*Fray Bernardino Álvarez*”

Este hospital se planeó como el centro neurálgico del sistema de atención para la salud mental, y por el cuál se canalizarían los pacientes de acuerdo al tipo de tratamiento requerido en cada persona. Con un cupo original para 600 enfermos, y un edificio de diseño original de 10 pisos de altura.

Las instalaciones que lo diferenciaban del Manicomio General, generadas en la psiquiatría moderna eran:
Consulta Externa, Departamento de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Hospitalización, Terapia Ocupacional y Recreativa, enseñanza y Residencia Médica.

El hospital fue inaugurado el 9 de mayo de 1967 y su operación arrancó el 22 de junio del mismo año con el traslado de varios pacientes del Manicomio General de la Castañeda.

El objetivo de esta institución, generado bajo el enfoque de la psiquiatría moderna es el de brindar atención integral al enfermo mental agudo de ambos sexos, mayor de 15 años, que no estuviesen bajo la protección de ningún otro sistema de salud (IMSS, ISSSTE, etc.), dando especial atención a la población de bajos recursos.

Al hospital se le asignaron funciones básicas:

- 1.- La prevención de las enfermedades mentales.
- 2.- El diagnóstico y tratamiento de las mismas
- 3.- La rehabilitación de los pacientes que padecen enfermedad mental.
- 4.- La enseñanza
- 5.- La investigación.

A finales de la década de los 60tas y durante los años 70tas el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", vivió una de sus mejores épocas. En primer lugar por ser un hospital nuevo y con todos los recursos, donde la atención al paciente psiquiátrico era adecuada y eficiente; y la enseñanza tenía como representativos al propio curso de Residencia del Hospital con profesores calificados y en el campo clínico cada uno de los servicios en los diferentes pisos con médicos capaces y dispuestos a enseñar y transmitir al estudiante-médico sus experiencias y conocimientos.

En el aspecto clínico cada uno de los pisos con su personal médico, de enfermería de psicología, de trabajo social y de intendencia, cumplía la tarea de atender al paciente.

Desgraciadamente, para finales de los años 70tas y principios de los 80tas el Hospital recibía prácticamente el mismo presupuesto económico que a sus inicios. lo cual trajo como consecuencia un deterioro en la infraestructura física, y a pesar de los esfuerzos para dar una atención de calidad al paciente, lo anterior no era posible. Esta fue la verdadera

causa por la cuál el Hospital fue desmereciendo en las funciones básicas para las cuales había sido creado.

El Hospital venía a ofrecer un espacio completamente nuevo para la formación de médicos psiquiatras, bajo un ambiente moderno con instalaciones adecuadas que ofrecían una opción frente a las instalaciones de renombre como Cardiología o Nutrición. Además toda la institución se convirtió en un Hospital-Escuela con cursos de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UNAM, del Politécnico y de las diferentes escuelas de Enfermería de la ciudad y de otras ciudades del interior de la República Mexicana.

A pesar de casi 20 años de seguir funcionando bajo las mismas líneas operativas y teóricas, durante los cuáles la inamovilidad había generado una gran desorganización, llevando al hospital a una problemática tanto técnica como administrativa.

En el renglón de enseñanza el Hospital sigue siendo el centro principal de actividades de docencia a nivel psiquiátrico.

En lo referente a Investigación se ha adelantado en forma sustancial de tal manera que se realizan investigaciones clínicas con psicofármacos, así como en la línea de estadística, en cooperación con otras instituciones. Al igual que investigaciones en áreas clínicas.

El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" se construyó, se fundó y se puso en marcha desde hace 30 años. A pesar de los sucesos transcurridos por el tiempo ha cumplido en forma digna y decorosa su función primordial: la atención al paciente psiquiátrico, tanto a nivel Internamiento, como de Consulta Externa, Rehabilitación y Actividad Comunitaria.

El Hospital ha continuado su labor gracias al personal que en él labora.

Es muy satisfactorio tanto para quienes vivieron sus inicios y trabajaron en él como para quienes aún siguen prestando sus servicios, ver como ha continuado avanzando en la brega por dar asistencia a un grupo aislado y maltratado por la sociedad.

UNIDAD DE ODONTOLOGÍA

La atención odontológica enfocada a pacientes psiquiátricos comienza desde la inauguración del antiguo Manicomio de la Castañeda.

Aquí se construyeron para tal efecto, dos consultorios que atendían por separado a hombres y mujeres. De estas experiencias prácticamente no existen registros, aunque se sabe que durante la Operación Castañeda que se realizó con el interés de modernizar la atención al enfermo mental, el último consultorio en desaparecer fue el dedicado a la atención de mujeres.

Los odontólogos de entonces trataban problemas bucodentales de pacientes en estados agudos, crónicos y terminales de las patologías psiquiátricas y al final cuando se cierra éste nosocomio sólo se contaba con dos odontólogos de los cuales uno de ellos vino a continuar su labor al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez” y el otro fue asignado a los servicios médicos del Asilo Fernando Ocaranza.

Así, desde que fue inaugurado el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”, se ha contado con la especialidad de odontología para la atención de pacientes internos, de hospital de día, de consulta externa y todo paciente que sea remitido por instituciones privadas o extrahospitalarias; y siempre teniendo como objetivo principal el otorgar atención odontológica integral a pacientes psiquiátricos que acuden a esta institución.

Dentro de la unidad de odontología se desempeñan funciones básicas como lo son el lograr la conservación de la salud bucal por medio de un diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación.

Así como también se realizan tratamientos en diversas áreas dentales como:

1. Odontología Preventiva
2. Operatoria Dental
3. Parodoncia.

4. Endodoncia
5. Cirugía Bucal
6. Exodoncia
7. Patología Bucal
8. Radiología

Actualmente existen dentro de las instalaciones del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”, dos consultorios dentales dando atención tanto a pacientes adultos agudos de sexo masculino y femenino, funcionando las 24 horas del día y logrando un resultado satisfactorio al devolver la salud bucal en el paciente psiquiátrico.

PACIENTE PSIQUIÁTRICO

El ser humano es una entidad espiritual y moral, consciente de su independencia y de su dignidad, que no quiere dejarse absorber y disolver por un conformismo común y totalitario.

El orden moral exige que frente a otro hombre que se encuentre afectado por algún padecimiento físico o mental se adopte una actitud de estima, de consideración y de respeto. Dichas características se encuentran afectadas en un paciente que padece enfermedad mental.

Debe entenderse por paciente psiquiátrico aquella persona que padece una enfermedad o patología mental. Esta enfermedad se caracteriza por una alteración más o menos grave de la inteligencia o en general de las facultades psíquicas del individuo, ocasionada en algunos casos por la existencia de diversos factores, llámense factores físicos, químicos o biológicos.

Debido a su alteración se manifestarán ciertos cambios de conducta, cambios en sus pensamientos y en sus sentimientos; trayendo como consecuencia afectación en personas que lo rodean y en sí mismo.

Trastorno Mental: Al igual que muchos conceptos en ciencia y medicina, es inherentemente difícil proporcionar una definición de trastorno mental que se tome en cuenta con precisión para todas las situaciones.

Incluso el uso del término “trastorno mental” tiene la desafortunada consecuencia de implicar que existe una diferencia fundamental entre trastorno mental y trastorno “físico”.

Los trastornos mentales están muy difundidos y con frecuencia incluso no perfectamente entendidos. Algunos pueden asociarse a enfermedades físicas o a traumatismos que afectan directamente al cerebro; otros son trastornos funcionales que probablemente tienen su origen en alteraciones de los procesos químicos cerebrales.

Además, existen varias formas ligeras, aunque frecuentes, de dificultades emocionales: como lo son la ansiedad, que causa sensación de continua insatisfacción o de mal humor; la incapacidad de poder llevar a cabo buenas relaciones sociales, y la tendencia al excesivo consumo de bebidas alcohólicas o ingesta de sustancias psicotrópicas.

A todo esto recientes estudios sugieren que muchos desórdenes mentales van asociados a deficiencias de los procesos químicos del cerebro.

PATOLOGIAS PSIQUIÁTRICAS Y SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En el siguiente apartado se mencionarán las características y manifestaciones de las patologías psiquiátricas que se encontraron al realizar el estudio de pacientes con padecimiento psiquiátrico.

La clasificación que se presenta esta basada en el CIE 10 que es la misma que se emplea en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” para dar una descripción clínica y pautas para poder obtener el diagnóstico psiquiátrico.

F00-F09 TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS INCLUIDOS LOS SINTOMATICOS

F03 Demencia sin especificación

F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas

F06 Trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática

F07 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral

F10-F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS

F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o sustancias

psicotrópas

F1x.5 Trastorno Psicótico

F20 ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOTIPICO Y TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES

F20 Esquizofrenia

F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios

F25 Trastornos esquizoafectivos

F30-39 TRASTORNOS DEL HUMOR

F31 Trastorno bipolar

F32 Episodios depresivos

F33 Trastorno Depresivo Recurrente

F40-F49 TRASTORNOS NEUROTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS

F41 Trastornos de ansiedad

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo

F70-79 RETRASO MENTAL

F70 Retraso mental leve

F71 Retraso mental moderado

G40 EPILEPSIA

G40 Epilepsia

F00-F09 TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS, INCLUIDOS LOS SINTOMATICOS

Esta sección incluye una serie de trastornos mentales agrupados por tener en común una etiología demostrable, enfermedad o lesión cerebrales u otra afección causantes de disfunción cerebral.

La disfunción puede ser **primaria**, como en el caso de enfermedades, lesiones o daños que afectan al cerebro de un modo directo y selectivo, o **secundaria**, como en el caso de las enfermedades sistémicas y de los trastornos que afectan a diversos órganos o sistemas, entre ellos el cerebro.

A pesar de que el espectro de las manifestaciones psicopatológicas de los trastornos mentales orgánicos es amplio y variado, sus rasgos esenciales pueden agruparse en dos grupos principales. Por un lado, están los síndromes en los cuales son constantes y destacados los trastornos de las funciones

cognoscitivas superiores, como la memoria, la inteligencia, la capacidad de aprendizaje o las alteraciones del sensorio. tales como las alteraciones de la conciencia y de la atención. Por otro lado, están los síndromes en los cuales las manifestaciones más destacadas se presentan en las áreas de la percepción (alucinaciones), de los contenidos de pensamiento (ideas delirantes) o del humor y de las emociones (depresión, euforia, ansiedad) o en la de los rasgos generales de la personalidad y formas del comportamiento, mientras que las disfunciones cognoscitivas o sensoriales son mínimas o difíciles de comprobar.

La mayoría de estos trastornos pueden comenzar, al menos de un modo teórico, a cualquier edad, excepto quizás durante la primera infancia, aunque la mayoría de estos trastornos tienden a empezar en la edad adulta o avanzada; algunos de estos trastornos son irreversibles y progresivos y otros son transitorios o responden a tratamientos disponibles hoy en día.

El uso del término “**orgánico**” significa que el síndrome clasificado como tal puede ser atribuido a un trastorno o enfermedad cerebral orgánico o sistémico diagnosticable en sí mismo. El término “**sintomático**” se utiliza para los trastornos mentales orgánicos en los cuales la afectación cerebral es secundaria a un trastorno o enfermedad sistémico extracerebral.

F03 Demencia

La demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores. entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general.

y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad vasculocerebral y en otras condiciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria.

La demencia produce un deterioro intelectual apreciable que repercute en la actividad cotidiana del enfermo, por ejemplo, en el aseo personal, en el vestirse, en el comer o en las funciones excretoras. Este deterioro de la actividad cotidiana depende mucho de factores socioculturales.

Clasificación:

a) F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer

F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz

F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío

F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta

F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación

b) F01 Demencia vascular

F01.0 Demencia vascular de inicio agudo

F01.1 Demencia multi-infarto

F01.2 Demencia vascular subcortical

F01.3 Demencia vascular mixta, cortical y subcortical

F01.8 Otra demencia vascular

F01.9 Demencia vascular sin especificación

c) F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar

F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick

F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeld-Jakob

F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington

F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson

F02.4 Demencia en la infección por HIV

F02.8 Demencia en otras enfermedades específicas clasificadas en otro lugar

(Pueden presentarse como una manifestación o una consecuencia de diversos trastornos cerebrales o somáticos generales).

d) F03 Demencia sin especificación

F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas

Se trata de un síndrome cerebral orgánico que carece de una etiología específica, caracterizado por la presencia simultánea de trastornos de la conciencia y atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, de la psicomotilidad, de las emociones y del ciclo sueño-vigilia. Puede presentarse a cualquier edad, pero es más frecuente después de los 60 años. El cuadro de delirium es transitorio y de intensidad fluctuante. La mayoría de los casos se recuperan en cuatro semanas o menos. Sin embargo, no es raro que el delirium persista con fluctuaciones incluso durante seis meses, en especial cuando ha surgido en el curso de la enfermedad hepática crónica, carcinoma o endocarditis bacteriana subaguda. La distinción que se hace algunas veces entre el delirium agudo y subagudo no tiene gran relevancia clínica y el trastorno ha de ser concebido como un síndrome unitario cuya intensidad puede ir de leve a muy grave. Un delirium puede superponerse o evolucionar hacia una demencia.

Clasificación:

F05.0 Delirium no superpuesto a demencia

F05.1 Delirium superpuesto a demencia

F05.8 Otro delirium (de origen mixto y confusional subagudo)

F05.9 Delirium sin especificación

F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática

Esta categoría incluye distintos trastornos mentales causados por alteraciones cerebrales debidas a enfermedad cerebral primaria, a enfermedad sistémica o de otra naturaleza que afecta secundariamente al cerebro o a una sustancia tóxica exógena.

Entre los trastornos que con mayor probabilidad dan lugar a estos síndromes encontramos a la epilepsia, traumatismos craneales, neoplasias del cerebro, neoplasias extracraneales con repercusión remota sobre el SNC, enfermedad vascular, lupus eritomatoso, y otras enfermedades del colágeno, enfermedades endócrinas (hipotiroidismo e hipertiroidismo, enfermedad de Cushing), trastornos metabólicos (hipoglucemia, hipoxia), enfermedades tropicales y enfermedades parasitarias.

Clasificación:

F06.0 Alucinosis orgánica

F06.1 Trastorno catatónico orgánico

F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico

F06.3 Trastorno del humor (afectivos) orgánicos

F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico

F06.5 Trastorno disociativo orgánico

F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve

F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales.

La alteración de la personalidad y del comportamiento debida a una enfermedad, una lesión o una disfunción cerebral puede ser de carácter residual concomitante con una enfermedad daño o disfunción cerebral. En algunos casos las características concretas de las manifestaciones de estos trastornos de la personalidad y del comportamiento residuales o concomitantes pueden sugerir el tipo o localización de la afección cerebral.

Clasificación:

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad

F07.1 Síndrome postencefalítico

F07.2 Síndrome postconmocional

F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedades.

lesiones o disfunciones cerebrales (Trastorno afectivo orgánico por lesión del hemisferio derecho).

F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación (Psicosíndrome orgánico).

F10-F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS.

Se incluyen dentro de esta sección trastornos muy diversos, cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas.

Clasificación:

- a) F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- b) F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides
- c) F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides
- d) F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos
- e) F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína
- f) F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína)
- g) F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos
- h) F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco

- i) F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles
- j) F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas
- k) F1x.0 Intoxicación aguda
 - F1x.1 Consumo perjudicial
 - F1x.2 Síndrome de dependencia
 - F1x.3 Síndrome de abstinencia
 - F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium
 - F1x.5 Trastorno psicótico
 - F1x.6 Síndrome amnésico
 - F1x.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas
 - F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento
 - F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación

F1x.5 Trastorno Psicótico

Se trata de un trastorno que por lo general se presenta acompañado al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él caracterizado por alucinaciones vividas, falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia, trastornos psicomotores y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias psicotropas tienen síntomas variados que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados a dosis altas de la sustancia.

Muchos de estos trastornos son de corta duración, como sucede en las psicosis anfetamínicas y cocaínicas, a menos que vuelvan a ingerirse nuevas cantidades de la sustancia.

Clasificación:

F1x.50 Esquizofreniforme

F1x .51 Con predominio de ideas delirantes

F1x .52 Con predominio de alucinaciones

F1x.53 Con predominio de síntomas polimorfos

F1x.54 Con predominio de síntomas depresivos

F1x.55 Con predominio de síntomas maniacos

F1x.56 Trastorno Psicótico mixto

F20-F29 ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOTIPICO Y TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES

La esquizofrenia es el cuadro más frecuente y más importante de este grupo.

El trastorno esquizotípico tiene muchos de los rasgos característicos de los trastornos esquizofrénicos y es probable que esté genéticamente relacionado con ellos, sin embargo, en él están ausentes las alucinaciones, las ideas delirantes y los trastornos importantes del comportamiento propios de la esquizofrenia, por lo que no siempre acaban recibiendo atención médica.

La mayoría de los trastornos delirantes no están relacionados con la esquizofrenia, forman un grupo heterogéneo y no bien diferenciado en los que por las características de su duración puede distinguirse un grupo de trastornos psicóticos agudos y transitorios.

Clasificación:

a) F20 Esquizofrenia

F20.0 Esquizofrenia paranoide

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica

F20.2 Esquizofrenia catatónica

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

F20.4 Depresión post-esquizofrénica

F20.5 Esquizofrenia residual

F20.6 Esquizofrenia simple

F20.8 Otra esquizofrenia

F20.9 Esquizofrenia sin especificación

Forma de evolución:

F20.x0 Continua

F20.x1 Episódica con defecto progresivo

F20.x2 Episódica con defecto estable

F20.x3 Episódica con remisiones completas

F20.x4 Con remisión incompleta

F20.x5 Con remisión completa

F20.x8 Otra forma de evolución

F20.x9 Con periodo de observación menor de un año

b) F21 Trastorno esquizotípico

c) F22 Trastorno de ideas delirantes

F22.0 Trastorno de ideas delirantes

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes

F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación

d) F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios

F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación

e) F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas

f) F25 Trastornos esquizoafectivos

F25.0 Trastornos esquizoafectivos de tipo maniaco

F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto

F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos

F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación

g) F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos

h) F29 Psicosis no orgánica sin especificación

F20 Esquizofrenia

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Suelen presentarse además trastornos de la percepción y frecuentemente alucinaciones, especialmente las auditivas.

El trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos en el curso del pensamiento.

Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia y negativismo.

El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante.

Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

Clasificación:

a) F20 Esquizofrenia

F20.0 Esquizofrenia paranoide

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica

F20.2 Esquizofrenia catatónica

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

F20.4 Depresión post-esquizofrénica

F20.5 Esquizofrenia residual

F20.6 Esquizofrenia simple

F20.8 Otra esquizofrenia

F20.9 Esquizofrenia sin especificación

Forma de evolución:

F20.x0 Continua

- F20.x1 Episódica con defecto progresivo
- F20.x2 Episódica con defecto estable
- F20.x3 Episódica con remisiones completas
- F20.x4 Con remisión incompleta
- F20.x5 Con remisión completa
- F20.x8 Otra forma de evolución
- F20.x9 Con periodo de observación menor de un año

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes

Este grupo incluye una variedad de trastornos en los cuales la característica clínica única o más destacada la constituyen las ideas delirantes consolidadas durante bastante tiempo, que no pueden ser clasificadas como orgánicas, esquizofrénicas, o afectivas. Se trata probablemente de un grupo heterogéneo, cuyas relaciones con la esquizofrenia no son claras. Por otra parte, la importancia relativa en su génesis de los factores genéticos, de los rasgos de la personalidad y las circunstancias vitales no es clara y es probablemente diversa.

Clasificación:

b) F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes

- F22.0 Trastorno de ideas delirantes
- F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes
- F22.9 Trastorno de ideas delirantes sin especificación

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios

Aún no se dispone de información clínica sistemática para facilitar la descripción de pautas definitivas para la clasificación de los trastornos psicóticos agudos. Los datos existentes son limitados y la tradición clínica no proporciona conceptos claramente definidos y delimitados.

El método utilizado para evitar confusiones diagnósticas se basa en asignar características claves del trastorno y estas son:

- a) **Comienzo agudo** (menos de dos semanas), como característica que define al grupo en general. Se define como un cambio desde un estado sin características psicóticas a otro claramente anormal y psicótico en un periodo de dos semanas o menos. Hay evidencia de que el comienzo agudo es signo de buen pronóstico y es posible que cuanto más súbito sea el inicio, mejor será el desenlace.
- b) La presencia de **síndromes típicos**; se refiere a el estado rápidamente cambiante y variable y a la presencia de síntomas esquizofrénicos típicos.
- c) La presencia de **estrés agudo** significa que los primeros síntomas psicóticos se presentaron no más allá de dos semanas después de uno o más acontecimientos que serían vivenciados como estresantes por la mayoría de personas en circunstancias similares dentro del mismo ambiente cultural. Acontecimientos típicos de esta clase son los duelos, las pérdidas inesperadas de compañeros o de trabajo, el contraer matrimonio, o el trauma psicológico del combate, terrorismo y la tortura.

La recuperación completa tiene lugar generalmente dentro del plazo de dos o tres meses, a menudo en pocas semanas e incluso días, y sólo una pequeña porción de enfermos con estos trastornos desarrollan estados persistentes e invalidantes.

Clasificación:

d) F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios

F23.x0 No secundario a situación estresante aguda

F23.x1 Secundario a situación estresante aguda

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios

F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación

F25 Trastornos esquizoafectivos

Se trata de trastornos episódicos en los cuáles tanto los síntomas afectivos como los esquizofrénicos son destacados y se presentan durante el mismo episodio de la enfermedad, preferiblemente en forma simultánea o al menos con pocos días de diferencia entre unos y otros.

Los enfermos que sufren episodios esquizoafectivos recurrentes, en particular aquellos cuyos síntomas son de tipo maniaco más que de tipo depresivo, generalmente se recuperan completamente y sólo rara vez desarrollan un estado defectual.

Clasificación:

f) F25 Trastornos esquizoafectivos

- F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco
- F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo
- F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto
- F25.8 Otro trastorno esquizoafectivos
- F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación

F30-F39 TRASTORNOS DEL HUMOR

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión o en el de la euforia.

Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad. La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad.. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.

Clasificación:

a) F30 Episodio maniaco

- F30.0 Hipomanía
- F30.1 Manía sin síntomas psicóticos
- F30.2 Manía con síntomas psicóticos

F30.8 Otro episodios maníacos

F30.9 Episodio maníaco sin especificación

b) Trastorno Bipolar

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco

F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos

F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado:

.30 Sin síntomas somáticos

.31 Con síntomas somáticos

F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos

F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto

F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión

F31.8 Otros trastornos bipolares

F31.9 Trastorno bipolar sin especificación

c) Episodios depresivos

F32.0 Episodio depresivo leve:

.00 Sin síntomas somáticos

.01 Con síntomas somáticos

F32.1 Episodio depresivo moderado:

.10 Sin síntomas somáticos

.11 Con síntomas somáticos

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

F32.8 Otros episodios depresivos

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

d) F33 Trastorno depresivo recurrente

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve:

.00 Sin síntomas somáticos

.01 Con síntomas somáticos

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado:

.10 Sin síntomas somáticos

.11 Con síntomas somáticos

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación

e) F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes

F34.0 Ciclotimia

F34.1 Distimia

F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes

F34.9 Trastornos del humor (afectivo) persistente sin especificación

f) F38 Otros trastornos del humor (afectivos)

F38.0 Otros trastornos del humor (afectivo) aislados:

.00 Episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto

F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes

.10 Trastorno depresivo breve recurrente

F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos)

g) F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

F31 Trastorno Bipolar

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y en un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados. A diferencia de otros trastornos del humor la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma.

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuatro a cinco meses. Las depresiones tienden a durar más, aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud. La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida.

Clasificación:

b) Trastorno Bipolar

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco

F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos

F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado:

.30 Sin síntomas somáticos

.31 Con síntomas somáticos

F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos

F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto

F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión

F31.8 Otros trastornos bipolares

F31.9 Trastorno bipolar sin especificación

F32 Episodios Depresivos

El enfermo que padece este trastorno, por lo general, sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

a) La disminución de la atención y concentración

- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil
- d) Una perspectiva sombría del futuro
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- f) Los trastornos del sueño
- g) La pérdida del apetito

La diferencia entre los grados leve, moderado, y grave se basa en una complicada valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes. El nivel de la actividad social y laboral cotidiana suele ser una guía general muy útil de la gravedad del episodio.

Clasificación:

c) Episodios depresivos

F32.0 Episodio depresivo leve:

.00 Sin síntomas somáticos

.01 Con síntomas somáticos

F32.1 Episodio depresivo moderado:

.10 Sin síntomas somáticos

.11 Con síntomas somáticos

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

F32.8 Otros episodios depresivos

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

F33 Trastorno depresivo recurrente

Este trastorno se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se sitúa en la edad media de comienzo en la quinta década de vida.

Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses, pero las recaídas son menos frecuentes.

La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada. A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

Clasificación:

d) F33 Trastorno depresivo recurrente

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve:

.00 Sin síntomas somáticos

.01 Con síntomas somáticos

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado:

.10 Sin síntomas somáticos

. 11 Con síntomas somáticos

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación

F40-F48 TRASTORNOS NEURÓTICOS, Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos

Los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, se incluyen juntos en un grupo general debido a su relación histórica con el concepto de neurosis y por que mucho de ellos están en relación con la presencia de motivos psicológicos.

Las formas más leves de estos trastornos se ven principalmente en asistencia primaria y en ellas son frecuentes las mezclas de síntomas (la coexistencia de angustia y depresión es, con mucho, la más frecuente). Aunque es necesario decidir en cada caso cuál es el síndrome que predomina.

Clasificación:

a) F40 Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia:

.00 Sin trastorno de pánico

.01 Con trastorno de pánico

F40.1 Fobias sociales

F40.2 Fobias específicas (aisladas)

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación

b) F41 Otros trastornos de ansiedad

F41.0 Trastorno de pánico

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad

F41.8 Otro trastorno de ansiedad especificados

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación

c) F42 Trastorno obsesivo-compulsivo

F42.0 Con predominio de pensamiento o rumiaciones obsesivos

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación

d) F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

F43.0 Reacción a estrés agudo

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático

F43.2 Trastornos de adaptación:

.20 Reacción depresiva breve

- .21 Reacción depresiva prolongada
- .22 Reacción mixta de ansiedad y depresión
- .23 Con predominio de alteraciones de otras emociones
- .24 Con predominio de alteraciones disociales
- .25 Con alteración mixta de las emociones y disociales
- .28 Otros trastornos de adaptación con síntomas predominantes especificados

F43.8 Otras reacciones a estrés grave

F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación

e) F44 Trastornos disociativos (de conversión)

F44.0 Amnesia disociativa

F44.1 Fuga disociativa

F44.2 Estupor disociativo

F44.3 Trastornos de trance y de posesión

F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad

F44.5 Convulsiones disociativas

F44.6 Anestias y pérdidas sensoriales disociativas

F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos

F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión)

F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación

f) F45 Trastornos sonos somatomorfos

F45.0 Trastornos de somatización

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado

F45.2 Trastorno hipocondriaco

F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa:

.30 del corazón y sistema cardiovascular

.31 del tracto gastrointestinal alto

.32 del tracto gastrointestinal bajo

.33 del sistema respiratorio

.34 del sistema urogenital

.38 de otros órganos o sistemas

F45.4 Trastornos del dolor persistente somatomorfo

F45.8 Otros trastornos somatomorfos

F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación

g) F48 Otros trastornos neuróticos

F48.0 Neurastenia

F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización

F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados

F48.9 Trastorno neurótico sin especificación

F41 Otros trastornos de ansiedad

El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves.

Clasificación:

b) F41 Otros trastornos de ansiedad

F41.0 Trastorno de pánico

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad

F41.8 Otro trastorno de ansiedad especificados

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación

F42 Trastorno Obsesivo-Compulsivo

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (por su contenido violento u obsceno, o simplemente por que son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos.

Casi siempre está presente un cierto grado de ansiedad. Existe una íntima relación entre los síntomas obsesivos, y la depresión. Los enfermos con trastornos obsesivo-compulsivos tienen a menudo síntomas depresivos y en enfermos que sufren un trastorno depresivo recurrente a menudo se presentan pensamientos obsesivos durante sus episodios de depresión.

El trastorno obsesivo-compulsivo es tan frecuente en varones como en mujeres y la personalidad básica suele tener rasgos anancásticos destacados. El comienzo se sitúa habitualmente en la infancia o al principio de la vida adulta. El curso es variable y en ausencia de síntomas depresivos significativos, tiende más a la evolución crónica.

Clasificación:

c) F42 Trastorno obsesivo-compulsivo

F42.0 Con predominio de pensamiento o rumiaciones obsesivos

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación

F70-F79 RETRASO MENTAL

El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los afectados de un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales y su prevalencia es al menos tres o cuatro veces mayor en esta población que en la población general. Además de esto, los individuos con retraso mental tienen un

mayor riesgo de sufrir explotación o abusos físicos y sexuales. La adaptación al ambiente está siempre afectada, pero en un entorno social protegido, con el adecuado apoyo, puede no ser significativa en enfermos con un retraso mental leve.

Clasificación:

- a) **F70 Retraso mental leve**
- b) **F71 Retraso mental moderado**
- c) **F72 Retraso mental grave**
- d) **F73 Retraso mental profundo**
- e) **F78 Otro retraso mental**
- f) **F79 Retraso mental sin especificación**

Para especificar la extensión del deterioro añadido del comportamiento, se añade un cuarto carácter:

F7x.0 *Con deterioro del comportamiento mínimo o ausente*

F7x.1 *Con deterioro del comportamiento importante que requiere atención o tratamiento*

F7x.8 *Con otros deterioros del comportamiento*

F7x.9 *Sin alusión al deterioro del comportamiento*

F70 Retraso mental leve

Los individuos afectados de retraso mental leve adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser

abordados en una entrevista clínica. La mayoría de los afectados llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona, para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal.

Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares y muchos tienen problemas específicos en la lectura y escritura. Sin embargo, las personas ligeramente retrasadas pueden beneficiarse de una educación diseñada de un modo específico para el desarrollo de los componentes de su inteligencia y para la comprensión de sus déficits. La mayoría de los que se encuentran en los límites superiores del retraso mental leve pueden desempeñar trabajos que requieren aptitudes de tipo práctico, más que académicas, entre ellas los trabajos manuales semicualificados.

En general, las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de los enfermos con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos, están más próximas a las que necesitan las *personas de inteligencia normal* que a los problemas específicos propios de los enfermos con retraso mental moderado o grave.

F71 Retraso mental moderado

Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también están retrasadas, de tal manera que alguno de los afectados necesitan una supervisión permanente.

Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo. Los programas educativos especiales pueden proporcionar a estos afectados la oportunidad para desarrollar algunas de las funciones deficitarias y son adecuados para aquellos con un aprendizaje lento y con un rendimiento bajo.

De adultos, las personas moderadamente retrasadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. Sin embargo, por lo general, estos enfermos son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples.

G40 EPILEPSIA

La epilepsia y todos los trastornos convulsivos ilustran las relaciones francamente básicas entre *cerebro y conducta*. Estos trastornos producen *disfunción paroxística intermitente del cerebro*, que se manifiesta como descargas eléctricas sincrónicas de alto voltaje y diversos fenómenos motores, sensoriales y de la conducta.

Llamada en la antigüedad como “enfermedad sagrada”, debido a la creencia de que una persona epiléptica estaba poseída por un “espíritu”, la epilepsia ha servido como modelo científico para comprender la función del cerebro en la conducta humana.

Han sido muchos los intentos por clasificar a las epilepsias. Se encuentran dificultades porque un solo proceso patológico subyacente puede producir diversas manifestaciones en distintos pacientes y porque diversos procesos patológicos (por ejemplo, tumores, infartos, malformaciones vasculares) pueden originar convulsiones clínicamente indistinguibles.

Son diversas las enfermedades cuya única manifestación es un trastorno convulsivo. Cada una de éstas tiene manifestaciones clínicas y electroencefalográficas un tanto distintas. Por tanto, las epilepsias manifiestan dos aspectos diferentes: en primer lugar, pueden ser una reacción general (inespecífica) del cerebro a diversas alteraciones metabólicas y estructurales. En segundo lugar, las epilepsias constituyen un grupo de enfermedades del sistema nervioso.

Clasificación:

a) G40 Epilepsia

G40.0 Epilepsia Idiopática y Síndromes epilépticos con localización precisa (focal) (parcial) y con convulsiones de presentación localizada.

Incluye: epilepsia benigna infantil con descargas centrotemporales en el EEG o paroxismos occipitales en el EEG.

G40.1 Epilepsia Sintomática Localizada (focal) (parcial) y síndromes epilépticos asociados con ataques parciales simples.

Incluye: ataques sin alteraciones de la conciencia.

G40.2 Epilepsia Sintomática y síndromes epilépticos asociados con ataques parciales complejos.

Incluye: ataques con alteración de la conciencia, a menudo con automatismos.

G40.3 Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos generalizados.

G40.4 Otras epilepsias y síndromes epilépticos idiopáticos generalizados.

G40.5 Síndromes epilépticos especiales.

Incluye: ataques epilépticos relacionados con el alcohol, los medicamentos y la falta de sueño.

G40.6 Ataques de “gran mal”, no especificados (con o sin pequeño mal).

G40.7 “Pequeño Mal”, no especificado, sin ataques de gran mal.

b) G41 Estado Epiléptico

PATOLOGÍAS EN CAVIDAD BUCAL PRESENTES EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

En el presente capítulo se describirán las diversas patologías bucales que se encontraron presentes dentro del estudio realizado a 100 pacientes que padecen alteraciones psiquiátricas. Por lo que de manera siguiente se describirán las características principales de cada una de estas.

TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LAS ESTRUCTURAS BUCALES Y PARABUCALES:

Muchas de las alteraciones en el desarrollo y crecimiento de las estructuras bucales y parabucuales, tienen un fondo hereditario definitivo.

La odontología ayuda mucho a determinar los verdaderos factores etiológicos presentes en varias alteraciones del desarrollo y del crecimiento de los dientes, huesos y diversos tejidos blandos.

Macrognesia Mandibular:

La macrognesia se refiere a maxilares anormalmente grandes. El aumento en tamaño de ambos maxilares con frecuencia es proporcional a un incremento generalizado en el tamaño de todo el esqueleto.

Los casos de prognatismo mandibular, no complicados por alguna alteración sistémica, son acontecimientos clínicos comunes. Se desconoce su etiología aunque algunos casos son hereditarios. En muchas ocasiones el prognatismo se debe a una disparidad en el tamaño del maxilar superior en relación a la mandíbula; en otras, la mandíbula es más grande de lo normal.

El ángulo que se forma entre la rama y el cuerpo también tiene influencia en la relación de la mandíbula con el maxilar superior, como la tienen la altura real de la rama.

A su vez, la longitud de la rama puede estar asociada con el crecimiento del cóndilo. Por este motivo el crecimiento condilar excesivo predispone al prognatismo mandibular.

Los factores generales que en forma concebible influirán y tenderán a favorecer el prognatismo mandibular son:

- 1) Aumento en la altura de la rama
- 2) Aumento en la longitud del cuerpo mandibular
- 3) Aumento en el ángulo gonial
- 4) Colocación anterior de la fosa glenoidea
- 5) Disminución de la longitud maxilar
- 6) Colocación posterior del maxilar superior en relación al cráneo
- 7) Botón mentoniano prominente
- 8) Contornos variables de tejidos blandos.

Dientes Impactados:

Los diente impactados son a los que se les impidió erupcionar por alguna barrera física interpuesta durante la erupción . La falta de espacio, debido al apiñamiento dental o a la pérdida prematura de los dientes deciduos con el subsecuente cierre parcial del área que ocuparon, es un factor común en la etiología de los dientes parcial o completamente impactados.

Cualquier diente puede estar impactado, pero algunos se afectan con más frecuencia que otros. De este modo, los terceros molares mandibulares y maxilares y los caninos maxilares son los que se impactan mas a menudo seguidos por los premolares y los diamantes mandibulares, los diamantes mandibulares, tienen tendencia a mostrar impactaciones mas graves que los maxilares. los terceros molares mandibulares impactados pueden mostrar diferentes posiciones. con base dicha posición Winter ideo una clasificación simple de los tipos de impactaciones que sufren los terceros molares mandibulares:

Impactación Mesoangular. El tercer molar se ubica en dirección oblicua sobre el hueso. la corona apuntando en dirección mesial, generalmente en contacto la superficie distal de la raíz o de la corona del segundo molar. Este es el tipo de impactación mas común.

Impactación Distoangular. es el tercer molar se extiende en dirección oblicua sobre el hueso, la corona del diente apuntando distalmente hacia la rama y las raíces aproximándose a la raíz distal del segundo molar.

Impactación Vertical. El tercer molar está en su posición vertical normal, pero no puede erupcionar porque tropieza con la superficie distal del segundo molar o el borde anterior de la rama. Por tanto, en la mayor parte de los casos, simplemente hay falta de espacio para que erupcione.

Impactación Horizontal. El tercer molar está en una posición horizontal con respecto al cuerpo de la mandíbula y la corona puede o no estar en contacto con la superficie distal de la corona o de las raíces del segundo molar. En este tipo de impactación el tercer molar puede estar en cualquier nivel dentro del hueso desde la cresta del reborde hasta el borde inferior de la mandíbula.

Además de estos tipos de impactación, los terceros molares impactados también pueden desviarse en dirección bucal o lingual en cualquiera de los casos antes mencionados, así como también pueden llegar a presentar variaciones en cuanto a su angulación.

El diente parcialmente impactado no está del todo encajonado en el hueso, pero sí se encuentra sobre el tejido blando. Aunque puede no haber una relación obvia del diente con la cavidad bucal; puede aparecer una y crear una situación ideal para la infección e incluso caries de la corona del diente impactado. En cambio una pieza completamente impactada no puede infectarse o cariarse.

Los terceros molares maxilares pueden impactarse de manera similar al tercer molar mandibular. Por consiguiente, pueden mostrar una posición mesioangular, distoangular, vertical o incluso horizontal y se pueden desviar hacia bucal o lingual.

Los caninos maxilares impactados también tienen una variedad de posiciones que van desde horizontal hasta vertical. En los caninos impactados horizontalmente la corona suele apuntar en dirección anterior y puede tropezar con las raíces de cualquiera de los incisivos o de los premolares. El diente horizontal puede permanecer, ya sea labial o lingüal a los dientes asociados. Generalmente, el canino impactado verticalmente está situado entre las raíces del incisivo lateral y el primer premolar, su erupción solo está impedida por falta de espacio.

Por definición, un diente completamente impactado es aquel que está dentro del hueso y no tiene comunicación con la cavidad bucal. Por su posición, los dientes impactados a menudo causan resorción de las raíces adyacentes. También pueden causar dolor e incluso trismo, en particular cuando hay infección alrededor de los dientes parcialmente infectados. Así mismo se ha descrito dolor referido por los dientes impactados. Se puede desarrollar un quiste dentígero alrededor de la porción coronal de un diente impactado y puede causar desplazamiento del diente y destrucción del hueso.

ENFERMEDADES DE ORIGEN MICROBIANO:

Ciertas bacterias, virus y hongos producen enfermedades que se manifiestan dentro o alrededor de la cavidad bucal. Algunas de estas enfermedades o lesiones son de naturaleza específica y producidas por un microorganismo determinado. Otras son clínicamente específicas, pero pueden ser causadas por cualquier microorganismo. Esta especificidad o inespecificidad

microbiana es característica de las enfermedades infecciosas que se puedan presentar en cualquier parte del cuerpo, y no están necesariamente limitadas a la cavidad bucal.

Caries Dental:

La caries dental es una enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los dientes, que se caracterizan por la desmineralización de la porción inorgánica y la destrucción de la sustancia orgánica del diente. Es la enfermedad crónica del diente más frecuente que afecta a la raza humana. Una vez que se presenta, sus manifestaciones persisten a lo largo de toda la vida incluso cuando las lesiones son tratadas. Prácticamente, no existen áreas geográficas en el mundo cuyos habitantes no muestren alguna prueba de caries dental. Afecta a personas de ambos sexos y de todas las razas, de todos los estratos socioeconómicos y a todos los grupos de edad. Por lo regular empieza tan pronto como los dientes hacen erupción dentro de la cavidad bucal.

Etiología de la Caries Dental.

Por lo general se acepta que la etiología de la caries dental es un problema complejo, complicado por muchos factores indirectos que oscurecen la causa o las causas directas. No existe una opinión universalmente aceptada acerca de la etiología de la caries dental. Sin embargo, teorías importantes han evolucionado a través de años de evolución y observación:

- a) La teoría acidogénica
- b) La teoría proteolítica

c) La teoría de la proteólisis-quelación, la cuál fue propuesta hace poco tiempo.

A continuación dichas teorías se describirán:

Teoría Acidógena.

La caries dental es un proceso químico-parasitario que consiste de dos etapas, la descalcificación del esmalte, la cual da como resultado su total destrucción, y la descalcificación de la dentina, como una etapa preliminar, seguida por la disolución de los residuos reblandecidos.

El ácido que afecta a esta descalcificación primaria se deriva de la fermentación de los almidones y de los azúcares que se almacenan en los centros retentivos de los dientes.

Desde su aparición, esa teoría ha sido aceptada sin cambios por la mayoría de los investigadores. Casi todas las pruebas científicas implican a los carbohidratos a los microorganismos bucales y a los ácidos y por esta razón merecen una consideración posterior.

Placa dental. La placa dental (placa microbiana o placa dentobacteriana) es una estructura de importancia vital como un factor contribuyente al menos a la iniciación de la lesión cariosa. La placa dental es considerada como una película delgada, transparente, que por lo regular escapa a la observación y la cual solo se revela mediante una búsqueda cuidadosa.

Posee una composición química y física variable, pero por lo general consiste en componentes salivales, mucina, células epiteliales descamadas y microorganismos.

De manera característica se forma en las superficies dentales que no se limpian en forma constante y aparece como una película delgada, tenaz, que se puede acumular en un grado perceptible de 24 a 48 horas.

Un componente importante en la placa dental es la *Película Adquirida*, que se forma justo antes o en forma concomitante con la colonización bacteriana y puede facilitar la formación de la placa. Esta película es una glucoproteína que se deriva de la saliva y es absorbida a las superficies dentales. No depende de las bacterias pero, puede servir como un nutriente para los microorganismos de la placa.

Existe un acuerdo general respecto a que la caries del esmalte empieza por debajo de la placa dental. Sin embargo, la presencia de una placa no necesariamente significa que se desarrollara una lesión cariosa en ese punto. Las variaciones en la formación de caries se han atribuido a la naturaleza de la propia placa, a la saliva o al diente.

Teoría Proteolítica.

Aunque las pruebas disponibles de la llamada teoría ácida de la caries dental son considerables aún no se aceptan como concluyentes, debido en gran parte a su naturaleza circunstancial. La teoría proteolítica se ofrece como una explicación alternativa.

Se han acrecentado las pruebas de que la porción orgánica del diente puede jugar un importante papel en el proceso carioso.

Ciertas estructuras del esmalte están formadas de material orgánico, como las láminas, las vainas de los bastones del esmalte, esas laminas podrían ser importantes en el progreso de la caries dental, ya que sirven como vía para los microorganismos a través del esmalte y por los ácidos que producen dichas bacterias, contribuirían en la destrucción de la porción inorgánica del esmalte.

Se demostró que la caries de la dentina es similar a la que se presenta en el esmalte, señalando que puede existir ablandamiento de la dentina a pesar de que el esmalte que lo cubre aparezca duro e intacto, esto por la acción del ácido el cual sería neutralizado antes de penetrar el grosor total del esmalte y por tanto no podría causar descalcificación de la dentina que es menos soluble al ácido.

Teoría de la Proteólisis-quelación.

Se establece con un ataque bacteriano al esmalte iniciando por los microorganismos queratinolíticos. Consiste en un trastorno a las proteínas y otros componentes orgánicos del esmalte, principalmente de la queratina.

Esto produce sustancias que pueden formar quelatos solubles con el componente mineralizado del diente y por tanto descalcifica el esmalte en un PH neutro e incluso alcalino.

El esmalte también contiene otros compuestos orgánicos junto con la queratina que pueden ser susceptibles al ataque bacteriano y actuar como quelantes.

La teoría proteólisis-quelación resuelve los argumentos en cuanto a que si el ataque inicial de la caries dental es en la porción inorgánica u orgánica del esmalte, estableciendo que ambos pueden ser atacados en forma simultánea.

Aunque esta teoría es única y reconcilia algunas de las facetas no explicadas de los procesos de la caries dental se han presenta datos científicos insuficientes para permitir una sana evaluación.

Clasificación de la caries dental:

C1. Abarca la superficie del esmalte. Si la caries está en un proceso agudo, de avance y destrucción rápidos, la lesión inicial se manifiesta como una mancha blanca y opaca. el esmalte pierde brillo y se torna ligeramente poroso.

En otros casos, si la caries es de avance lento, crónica con periodos de interrupción, es aspecto es de un color negro, marrón o amarillo oscuro.

C2 . Abarca capa de esmalte y dentina, teniendo un grado mayor de profundidad a la anterior. Es también llamada caries aguda, siendo de avance rápido y ofrece un aspecto blanco amarillento y consistencia blanda.

C3 . Se encuentra involucrado esmalte, dentina, y puede existir o no comunicación pulpar. Se conoce como caries crónica, es de avance lento, teniendo una mayor dureza o resistencia y se observa por lo general de color amarillo oscuro o de color marrón.

C4 . Abarca todos los tejidos que conforman al diente (esmalte, dentina, pulpa, cemento), pueden llegar a presentarse perforación a nivel de furca, caries en raíz afectando directamente al cemento y quedando este expuesto al medio bucal por lo que sufre el ataque de la placa bacteriana y con la consiguiente producción de caries.

ENFERMEDADES DE LA PULPA DENTAL:

La pulpa dental es un tejido conectivo delicado que se encuentra entremezclado en forma abundante con vasos sanguíneos muy pequeños, vasos linfáticos, nervios mielinizados y no mielinizados, y células no diferenciadas de tejido conectivo. Igual que otros tejidos conectivos que se encuentran en el cuerpo, reacciona a la infección bacteriana u otros estímulos mediante una respuesta inflamatoria.

Sin embargo ciertos aspectos anatómicos de éste tejido conectivo especializado, tienden a alterar la naturaleza y el curso de esta respuesta. El que se encuentre encerrado el tejido pulpar dentro de las paredes calcificadas de la dentina impide la hinchazón excesiva del tejido que ocurre en las fases hiperémica y edematosa de la inflamación presente en otros tejidos. El hecho de que los vasos sanguíneos que alimentan al tejido pulpar deban entrar al diente a través de un foramen apical

muy pequeño impide el desarrollo de un extenso abastecimiento sanguíneo colateral a la parte inflamada.

Factores Etiológicos en la Enfermedad Pulpar.

La mayor parte de los casos de pulpitis son, principalmente, resultado de la caries dental en la cuál ha habido invasión bacteriana de la dentina y del tejido pulpar.

Sin embargo se ha informado que los cambios en la pulpa se puedan presentar incluso con la presencia de muy poca caries dental la cuál está representada por la desmineralización limitada al esmalte, que aparece como manchas blancas sin que haya una cavidad real, es decir, en ocasiones, existe invasión bacteriana en ausencia de caries.

La pulpitis también puede surgir como resultado de la irritación química de la pulpa, esto como resultado de la penetración de las sustancias irritantes dentro del tejido pulpar por vía de los túbulos dentinales.

Los cambios térmicos graves en un diente también pueden producir pulpitis. El calor y sobre todo el frío se transmite a la pulpa, produciendo dolor, y si el estímulo es prolongado e intenso, podría provocar una pulpitis real.

Al parecer la pulpitis puede ser causada por diversas circunstancias, y cada una produce un efecto dañino sobre la pulpa dental. Este efecto no es específico, pero por lo regular se puede

encontrar la naturaleza del agente o agentes etiológicos por el estudio de los aspectos clínicos o microscópicos del trastorno o bien por medio de ambos.

Clasificación de la Enfermedad Pulpar.

La enfermedad pulpar de naturaleza inflamatoria ha sido clasificada en diversas formas; la más simple es la división en pulpitis aguda y crónica.

Pulpitis Aguda:

La inflamación aguda extensa de la pulpa dental es una secuela inmediata y frecuente de la pulpitis focal reversible, aunque también puede ocurrir como una exacerbación aguda de un proceso inflamatorio crónico.

Existen diferencias importantes en los aspectos clínico y microscópico entre la pulpitis aguda y la crónica.

Aspectos Clínicos.

La pulpitis aguda se presenta en un diente con lesión cariosa amplia o una restauración, por lo común un defecto a cuyo alrededor existe "caries recurrente". Incluso en sus primeras etapas cuando la reacción inflamatoria afecta sólo una porción de la pulpa, por lo regular el área se

encuentra justo bajo la lesión cariosa, habiendo dolor relativamente intenso provocado por cambios térmicos. En particular los causados por hielo o por bebidas frías. En forma característica, este dolor persiste incluso después de que ha desaparecido o se ha eliminado el estímulo térmico. Aunque se ha demostrado que en pacientes que presentaron algún tipo de pulpitis, mostraron un aumento en la sensibilidad tanto al calor como al frío.

La intensidad del dolor sólo está relacionada parcialmente con la gravedad de la respuesta inflamatoria.

Cuando una mayor porción de la pulpa se encuentra afectada, con formación de abscesos intrapulpares, el dolor se puede volver más intenso. A veces es continuo, y su intensidad aumenta cuando el paciente descansa en forma horizontal.

Es más probable que exista dolor intenso cuando la entrada a la pulpa enferma no es muy amplia. La presión aumenta por la falta de escape del exudado inflamatorio, y existe una rápida diseminación de la inflamación a través de la pulpa, con dolor y necrosis.

Cuando existe una gran cavidad abierta, no hay oportunidad para que exista presión.

De esa manera, el proceso inflamatorio no tiende a diseminarse rápidamente a través de la pulpa. En este caso el dolor es sordo, pulsátil, pero el diente aún es sensible a los cambios térmicos (pulpitis crónica).

La persona que presenta una pulpitis aguda grave es muy molesta y moderadamente enferma. Por lo regular está aprehensiva y deseosa de una atención inmediata. Dichas manifestaciones en el comportamiento son acrecentadas en el paciente psiquiátrico, por lo que se observa un cierto aumento en su ansiedad y su comportamiento se torna a demandante y autoritario.

Pulpitis Crónica:

La pulpitis crónica puede surgir en el caso de una pulpitis aguda previa latente pero con más frecuencia ocurre como enfermedad crónica desde su inicio.

Como en la mayor parte de los trastornos inflamatorios crónicos, los signos y los síntomas son mucho más leves que los de la forma aguda de la enfermedad.

Aspectos Clínicos.

El dolor no es un hecho predominante de la pulpitis crónica, aunque algunas veces el paciente se queja de dolor sordo, moderado, que con frecuencia es más intermitente que continuo. La reacción al cambio térmico se reduce en forma dramática en comparación con la de la pulpitis crónica.

Los aspectos generales de la pulpitis crónica no son distintivos, y puede haber una participación intensa de la pulpa en ausencia de síntomas importantes.

Aún en los casos de pulpitis crónica con lesiones cariosas abiertas ampliamente y con exposición de la pulpa al medio bucal, existe poco dolor. El tejido pulpar expuesto puede ser manipulado mediante un instrumento pequeño, pero aunque haya sangrado, a menudo no hay dolor.

En casi todos los casos al final la pulpa está afectada en su totalidad por el proceso inflamatorio crónico, aunque esto puede tomar mucho tiempo y presentar pocos síntomas clínicos.

LESIONES FÍSICAS DE LOS DIENTES:

Bruxismo:

El bruxismo es la moledura habitual de los dientes, ya sea durante el sueño o como un hábito inconsciente durante las horas de vigilia.

Este término por lo general se aplica tanto al hábito de cerrar fuertemente los dientes, durante el cuál se ejerce presión sobre ellos y el periodonto por el frotamiento o por el apretamiento de los dientes, como también el golpeteo repetido de los dientes.

Etiología.

Se han descrito diversas causas que influyen como factores directos en la formación de bruxismo:

- 1) Local
- 2) Sistémica
- 3) Psicológica
- 4) Ocupacional

Los *factores locales* por lo general se asocian con alguna forma de alteración oclusal moderada que produce una molestia leve y crónica, y tensión, que a veces no se reconocen.

Los *factores sistémicos*, se consideran etiológicamente importantes, pero es difícil determinar su papel en la mayor parte de ellos. Se ha informado que son factores causales los trastornos gastrointestinales, las deficiencias nutricionales clínicas, y las alergias o las alteraciones endócrinas. En algunos casos se ha descrito un fondo hereditario.

Los *factores psicológicos* son la causa más común del bruxismo. La tensión emocional se puede expresar de varios hábitos nerviosos, uno de los cuales puede ser el bruxismo. De este modo cuando una persona sufre de miedo, de ira, de rechazo o de varias otras emociones, que no puede expresar, los esconde en el subconsciente de tal manera que se expresan periódicamente por varios medios. Dichas manifestaciones se ven reflejadas de manera aumentada en pacientes psiquiátricos, ya que debido a su alteración se ha observado que el bruxismo es común en instituciones mentales.

Las *Ocupaciones* de ciertos tipos favorecen el desarrollo de este hábito. Las ocupaciones en las cuales el trabajo debe ser muy preciso, son propensas a causar bruxismo; cuando es voluntario también se reconoce en las personas que por lo común mascan chicle, tabaco u otros objetos como palillos y lápices. Aunque es voluntario, también es una reacción nerviosa y puede conducir a bruxismo involuntario o subconsciente.

Aspectos Clínicos.

La persona que tiene bruxismo realiza molido característico o aprieta fuertemente los dientes durante el sueño o en forma subconsciente cuando está despierta. Esto puede asociarse con un sonido de molido o rechinido.

Los efectos sintomáticos de este hábito se han dividido en seis categorías principales:

- 1) Efectos sobre la dentición
- 2) Efectos sobre el periodonto
- 3) Efectos sobre los músculos de la masticación
- 4) Efectos sobre la articulación temporomandibular
- 5) Dolor de cabeza
- 6) Efectos psicológicos y conductuales

Cuando el hábito está firmemente establecido, se puede presentar un desgaste o atracción grave de los dientes, no sólo oclusal, sino también interproximal. En los dientes pueden estar desgastadas las superficies y las facetas.

Cuando el bruxismo continúa, puede existir pérdida de la integridad de las estructuras periodontales, que provoca el aflojamiento de los dientes, o incluso una retracción gingival con pérdida de hueso alveolar.

También se ha informado que se presentan alteraciones de la articulación temporomandibular como resultado de la lesión traumática del continuo impacto dental sin periodos normales de descanso, causa trismo, y altera la oclusión, y el patrón de apertura y cierre de los maxilares.

Se ha sugerido que el bruxismo puede dar lugar a dolor facial y de cabeza, así como a efectos psicológicos y conductuales, éstas son manifestaciones muy difíciles de evaluar y correlacionar. Estas suposiciones pueden tener fundamento, pero el mantenerlas necesita de mayor investigación.

Fractura de los Dientes:

La fractura dental es una lesión común que puede surgir en diversas situaciones; la más frecuente, es el traumatismo intenso repentino. Por lo regular, es una caída, un golpe, un accidente automovilístico, o alguna de la gran cantidad de incidentes.

Algunos casos de fracturas se presentan cuando un diente se debilita, y deja paredes o cúspides delgados son soporte, que se pueden romper bajo la tensión de la masticación.

También se presenta un debilitamiento similar con fractura subsecuente en los casos de la resorción interna de los dientes. En las piezas dentarias a las que se les ha hecho tratamiento de conducto radicular con frecuencia se describen como dientes un poco más frágiles y susceptibles a fractura.

Aspectos Clínicos.

La fractura de los dientes se puede presentar a cualquier edad; es difícil evaluar o establecer la frecuencia de la fractura dental, en particular, debido a que es común el astillamiento menor de los dientes.

Existen varias clasificaciones de dientes fracturados, la más simple es la que considera si la línea de fractura afecta o no la pulpa dental.

Una clasificación más detallada divide todos los dientes anteriores traumatizados (ya que estos constituyen la mayor parte de estas lesiones) en nueve clases:

Clase 1. Fracturas simples de la corona que afectan poco o nada a la dentina.

Clase 2. Fractura extensa de la corona, que afecta una porción considerable de dentina pero no la pulpa dental.

Clase 3. Fractura extensa de la corona, que afecta una parte considerable de la dentina, y expone la pulpa dental.

Clase 4. El diente traumatizado se muere con pérdida de la estructura coronaria o sin ella.

Clase 5. Pérdida dental. como resultado del traumatismo.

Clase 6. Fractura de la raíz con pérdida de la estructura coronal o sin ella.

Clase 7. Desplazamiento de un diente, sin fractura de corona o de raíz.

Clase 8. Fractura de la corona en masa y su remplazo.

Clase 9. Lesiones traumáticas de los dientes deciduos.

COMPLICACIONES EN LA CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS POR EXTRACCIÓN:

Osteítis Alveolar:

(Alveolitis sicca dolorosa; alveolalgia; osteítis postoperatoria; osteomielitis alveolar aguda localizada; osteítis alveolar).

La complicación más común en la cicatrización de las heridas de extracciones humanas es el trastorno conocido como “alvéolo seco”, que básicamente es una osteomielitis focal en la que se ha desintegrado o perdido el coágulo sanguíneo, con producción de olor fétido y dolor intenso pero no supuración. El trastorno deriva su nombre del hecho de que después de que se pierde el coágulo el alvéolo tiene aspecto seco debido al hueso expuesto.

Se asocia con más frecuencia con extracciones difíciles o traumáticas y es más común después de la extirpación del tercer molar mandibular impactado.

Algunas veces el “alvéolo seco” es una secuela de la extirpación normal de un diente erupcionado que resulta de un desalojo o de una desintegración del coágulo y de la subsecuente infección del hueso expuesto. Esta complicación por lo regular surge dentro de los primeros días después de la extracción, pero se sabe que se presenta incluso una semana o más después de dicho procedimiento.

ENFERMEDADES DEL PERIODONTO:

Las enfermedades de las estructuras periodontales se han conocido desde la antigüedad. Los padecimientos del periodonto son comunes y causan la pérdida de más dientes en el adulto que cualquiera otra enfermedad.

Es difícil hacer la clasificación de los diversos procesos periodontales debido a que en cada caso el trastorno empieza como una alteración menor localizada que, a menos de que se trate en forma adecuada, puede progresar poco a poco hasta que se resorbe el hueso alveolar y se exfolie el diente. Así mismo, diversos factores irritantes locales y enfermedades sistémicas subyacentes pueden alterar el progreso del padecimiento.

Los diversos trastornos patológicos resultantes por lo regular son similares a los factores etiológicos que se encuentran implicados. En otras palabras, la reacción a la lesión que se presenta en la encía y en los tejidos de sostén de los dientes por lo regular es una respuesta inflamatoria crónica.

La etiología es variada, pero por lo regular se divide en factores locales, factores sistémicos o ambos, que provocan o agravan la reacción inflamatoria.

Los cambios distróficos o regresivos del periodonto son causados por influencias degenerativas, circulatorias o mecánicas, o por otras anomalías que dan como resultado cambios patológicos en el periodonto.

Gingivitis:

La gingivitis, o inflamación del tejido de la encía se puede presentar en una forma aguda, subaguda o crónica.

La gravedad depende de la intensidad, duración y frecuencia de las irritaciones locales, y de la resistencia de los tejidos bucales. No es común la presencia de una gingivitis aguda o incluso subaguda de alguna naturaleza y rara vez se presenta en las personas que están saludables. En contraste, la gingivitis crónica es extremadamente común y, en los pacientes dentados ancianos, es casi universal su presencia.

Etiología.

La etiología de la gingivitis es muy variada y se ha dividido en factores focales y sistémicos.

Factores Focales:

1. Microorganismos
2. Sarro
3. Impacción de comida
4. Restauraciones o aparatos mal contruidos o irritantes
5. Respiración bucal
6. Malposición dental
7. Aplicación química o de drogas, etc.

Factores Sistémicos:

1. Alteraciones nutricionales
2. Acción de drogas
3. Embarazo, diabetes y otras disfunciones endócrinas
4. Alergia
5. Herencia
6. Fenómenos psíquicos
7. Infecciones granulomatosas específicas
8. Disfunción neutrófila
9. Inmunopatías

Fenómenos Psiquiátricos. Las alteraciones psiquiátricas parece que tienen una influencia definitiva sobre la gravedad de la enfermedad periodontal. Se ha informado que la intensidad de esta, era significativamente mayor en los pacientes psiquiátricos que en un grupo control de enfermos; las diferencias importantes en la gravedad se tornaron incluso cuando se mantenían constantes en los dos grupos algunos factores variables como, la cantidad de sarro, frecuencia de cepillado y bruxismo.

La gravedad de la enfermedad periodontal aumentó en forma significativa conforme se incrementó el grado de ansiedad. También se notó que la intensidad de la enfermedad periodontal disminuía mucho tanto en los grupos que no presentaba ningún tipo de padecimiento mental como en el grupo de pacientes psiquiátricos conforme aumentaba el nivel educacional del paciente.

Frecuencia.

Se han dedicado numerosos estudios para averiguar la frecuencia o la prevalencia de la enfermedad gingival. Es un hecho generalmente aceptado que la enfermedad periodontal está extendida en todo el mundo y que no existe un grupo de edad en donde no se presente, excepto en los niños muy pequeños.

Aunque todas las razas se encuentran afectadas, existe alguna diferencia en la frecuencia entre diferentes razas y distintos países.

Aspectos Clínicos.

Las primeras manifestaciones de la gingivitis, consiste en ligeras alteraciones en el color del borde libre o marginal de la encía que varían desde un tono ligeramente rosa a una más profundo, y que puede llegar a progresar hasta rojo o azul rojizo conforme la hiperemia y el infiltrado inflamatorio se hace más intenso.

También tiene un aspecto temprano de la gingivitis el sangrado proveniente del surco gingival después de una irritación leve como el cepillado dental. El edema, que siempre acompaña la respuesta inflamatoria y es una parte integral de ella, causa una ligera hinchazón de la encía y pérdida del punteado normal característico. La inflamación de las papilas interdentes a menudo produce un aspecto algo bulboso de estas estructuras. Este aumento en el tamaño de la encía favorece la colección de más desechos, con incremento en la acumulación de bacterias, lo cuál a su vez induce mayor irrigación gingival, y se forma de este modo un círculo vicioso. Cuando la hiperemia y la hinchazón de la encía marginal se limitan a una zona localizada de la encía, el área afectada algunas veces toma la forma de media luna y se le ha denominado “media luna traumática”.

En la gingivitis crónica avanzada puede haber supuración de la encía, que se manifiesta por la capacidad de exprimir pus del surco gingival al hacer presión.

Hiperplasia Gingival:

Los tejidos gingivales en el adulto sano llenan por completo, aunque apenas, los espacios interproximales en los dientes; empiezan cerca del área de contacto y se extienden en forma apical y lateral en una curva suave lisa. Sin embargo, con frecuencia existe un aumento en el tamaño de la encía de tal manera que el tejido viable sobrellena los espacios interproximales, y se forman protuberancias sobre los dientes que protruyen dentro de la cavidad bucal.

El agrandamiento de la encía puede estar localizado sobre una papila o afectar varias o todas las papilas gingivales de la boca. El agrandamiento por lo regular es más prominente en las superficies labial y bucal, aunque en ocasiones se desarrolla en la encía lingual.

Un aumento en el volumen de cualquier tejido se puede deber a hipertrofia, es decir, un aumento en el tamaño de una estructura debido a incremento en el volumen de las células individuales o una hiperplasia, esto es, un aumento en el número de los elementos celulares.

La “hiperplasia gingival” es un término general para determinar el aumento macroscópico en el tamaño de los tejidos gingivales lo cual puede dar como resultado distintos trastornos. Los agrandamientos gingivales no se deben confundir con los sobrecimientos de hueso, o exostosis, los cuales en ocasiones se notan en el hueso alveolar, por lo regular a alguna distancia de la encía.

Existen muchas clasificaciones de hiperplasia gingival, pero la más práctica es la siguiente:

1. Hiperplasia gingival inflamatoria
2. Hiperplasia gingival no inflamatoria (fibrosa)

3. Combinación de hiperplasias inflamatoria y fibrosa

Se describirá de manera siguiente la hiperplasia fibrosa causada por dilantín sódico. psicofármaco que se utiliza de manera eficaz para disminuir crisis epilépticas y mejorar de esta manera la condición mental del paciente epiléptico.

Esta patología se vio manifestada dentro del estudio realizado a pacientes psiquiátricos.

Hiperplasia Fibrosa Causada por el Dilantín Sódico:

En la actualidad es bien sabido que la hiperplasia fibrosa de la encía algunas veces se presentan como resultado del uso de la droga anticonvulsiva difenilhidantoína (dilantín sódico). Este fármaco es muy efectivo para controlar los ataques epilépticos, pero en algunos casos causa hiperplasia fibrosa de la encía.

La hiperplasia gingival puede surgir poco después de la institución del tratamiento con dilantín sódico. Empieza con un crecimiento no doloroso de una o de dos papilas interdentes, que presentan un aumento en el punteado y finalmente una superficie rugosa o grandular con lobulaciones. Los tejidos gingivales son densos, elásticos e insensibles; muestran poca o ninguna tendencia a sangrar. Puede haber una inflamación crónica superpuesta.

El agrandamiento por lo general no presenta dificultades, aunque es objetable su aspecto estético.

Periodontitis:

(Periodontoclasia; piorrea: piorrea alveolar; piorrea de Schmutz)

La forma más común de enfermedad periodontal es la que se asocia con la irritación local. Empieza como una gingivitis marginal que progresa; es más común en el adulto, aunque en ocasiones se encuentra en los niños, en especial cuando no hay buena higiene bucal o en ciertos casos de maloclusión.

Etiología.

La gingivitis puede preceder y desarrollarse en la periodontitis más grave que afecta no sólo a la encía, sino también al hueso alveolar, al cemento y al ligamento periodontal. En general, los factores etiológicos son los mismos que para la gingivitis, pero por lo regular son más intensos o de mayor duración.

Los factores locales, la placa microbiana, el sarro, la impacción de alimentos y los márgenes irritantes de las obturaciones parece que son las más importantes en el desarrollo de esta forma común de enfermedad periodontal.

Aspectos Clínicos.

La periodontitis por lo regular empieza con una simple gingivitis marginal como reacción a la placa o al sarro. Un hallazgo anatomopatológico temprano, y tal vez el primero, será una ulceración muy pequeña del epitelio del surco. A menos que se eliminen los irritantes, con el paso del tiempo se deposita más placa y sarro, y la gingivitis marginal se vuelve más intensa. La encía se inflama más y se hincha, y con la irritación del epitelio del surco (bolsa) sufre una ulceración más frecuente.

Prolifera como resultado de la inflamación, de tal manera que en esta etapa existe una tendencia para que la unión epitelial se extienda o se desplace en sentido apical al diente.

A través de este proceso y debido al aumento en la inflamación de la encía marginal, el surco gingival poco a poco se hace más profundo y se clasifica como una bolsa periodontal temprana.

Clínicamente, en esta etapa se puede descubrir la presencia de sarro; junto con la inflamación y la hiperemia visible y moderadas de la encía, también existe una tendencia a sangrar con facilidad, también puede haber halitosis casi fétida desagradable.

Cuando la periodontitis se vuelve más intensa, el diente llega a presentar movilidad.

En ocasiones, al hacer ligera presión sobre la encía puede haber salida de material supurativo y otros restos de la bolsa patológica vecina al diente, los tejidos gingivales están lisos, brillantes y tal vez más rojos o azules de lo normal.

El paciente puede no tener síntomas subjetivos o quejarse de mal sabor, de encías sangrantes, y de hipersensibilidad en el cuello de los dientes debido a la exposición del cemento cuando los tejidos blandos retroceden. O sea, el paciente tiene una gingivitis crónica grave y están afectadas las porciones más profundas del periodonto. Esta es la etapa de periodontitis grave.

CARACTERÍSTICAS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE PSICOFÁRMACOS

Dentro de este apartado se mencionarán las clasificaciones de los diversos psicofármacos que se encontraban administrados en los pacientes con alteración psiquiátrica, así como sus características y manifestaciones.

ANTIDEPRESIVO

Clorimipramina

Imipramina

Amitriptilina

Fluoxetina

Mianserina

Venlafaxina

Litio

ANTIPSICÓTICOS O NEUROLÉPTICO

Levomepromazina

Pipotiazina

Tioridazina

Perfenazina

Trifluoperazina

Haloperidol

Penfluridol

Clozapina

Risperidona

ANTIPARKINSÓNICOS

Biperideno

Trihexifenidilo

Difenhidramina

TRANQUILIZANTES

Alprazolam

Diazepam

Lorazepam

HIPNÓTICOS O SOMNÍFEROS

Triazolam

ANTIEPILÉPTICOS

Clonazepam

Diazepam

Acido Valproico

Carbamazepina

Oxcarbazepina

Difenilhidantoinato

ANTIDEPRESIVOS:

Los antidepresivos son un amplio grupo de fármacos que con el tiempo se han incrementado y diversificado. Sin embargo, hasta la fecha ninguno ha demostrado mayor capacidad terapéutica que el primero: la Imipramina, ya que de manera equivocada se piensa que los antidepresivos más recientes son los más efectivos. Otro concepto importante es que todos los antidepresivos tienen una capacidad terapéutica similar (Karasu y cols; 1993).

INDICACIONES:

Además de la depresión, estas drogas son útiles para la enuresis y la encopresis funcional infantil y de la adolescencia, el trastorno fóbico simple, la fobia social, la agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por ansiedad generalizada, las cefaleas y las neuralgias.

Los ADT muestran una capacidad terapéutica muy útil en diversos trastornos vinculados con el sueño (insomnio, apnea del sueño, narcolepsia, así como en la enuresis nocturna).

Al parecer estas drogas no muestran una escasa capacidad terapéutica durante los primeros años de vida, por lo que no se recomiendan en depresión infantil. Su efecto comienza a notarse en la adolescencia; durante la juventud y madurez actúan con efectividad y parecen tener mejor respuesta en los ancianos.

ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS Y TETRACICLICOS

EFFECTOS COLATERALES EN CAVIDAD ORAL:

Adenitis sublingual, estomatitis, sequedad de cavidad oral que, cuando se presenta de manera severa, puede producir pequeñas ulceraciones en la lengua, así como moniliasis agregada. Con tratamiento prolongado se ha demostrado una disminución de 50 a 75 % del flujo salival; esta xerostomía puede acarrear alteraciones orales, principalmente. También se presenta inflamación de las parótidas, y alteraciones dermatológicas como manifestaciones de alergia como, edema de cara y lengua o bien coloración negruzca de lengua.

CONTRAINDICACIONES:

- a) Trastornos de la conducción cardiaca
- b) Glaucoma
- c) Hipertrofia prostática
- d) Hepatopatía o nefropatía

- e) Diabetes y otros trastornos endócrino-metabólicos severos
- f) Embarazo (primer trimestre)
- g) Epilepsia mal controlada
- h) Cuando el paciente se encuentra bajo tratamiento con IMAO
- i) Periodo de convalecencia de infarto al miocardio
- j) Hipersensibilidad a los ADT; se ha visto hipersensibilidad cruzada en algunos casos con las benzodiazepinas

Clorimipramina:

Efectos colaterales, precauciones y contraindicaciones. Algunos pacientes requieren la administración de esta sustancia por muchos años, incluso por el resto de la vida. Tal es el caso de los que padecen trastorno obsesivo-compulsivo, sin embargo no se han detectado efectos colaterales de importancia, salvo aquéllos relacionados con la hiposalivación que provoca una sequedad de la boca, los cuales pueden controlarse con una adecuada higiene

Indicación específica. Es el ADT que tiene mayor capacidad terapéutica contra el trastorno obsesivo-compulsivo.

Generalidades. Posee mayor efecto sedante que la imipramina. La administración de clorimipramina por vía intravenosa, combinada con la vía oral, ha dado buenos resultados en los pacientes que son resistentes a la vía oral exclusivamente; a diferencia del medicamento

administrado por la vía intravenosa que puede provocar severa hipotensión. Por lo que esta forma de administración se recomienda en aquellos pacientes que no presenten trastornos cardiacos.

Imipramina:

Efectos colaterales, precauciones y contraindicaciones. No se recomienda en pacientes que sufren de depresión con ideas paranoides tipo esquizofrénico, porque puede exacerbar estos trastornos (salvo que se le combine con un NLP).

Durante los primeros días de su administración, la imipramina produce en el paciente un aumento del impulso vital, lo cual puede provocar que las ideas suicidas se conviertan en intentos; por ello, es importante la vigilancia estrecha durante la primera semana.

Indicación específica. Hasta la fecha es el antidepresivo paradigma por ser el primero que se descubrió y el mejor estudiado; ninguno es superior en su efecto terapéutico.

Generalidades. A pesar de que fue el primer antidepresivo descubierto, hasta la actualidad no ha sido rebasado por ningún otro en sus efectos terapéuticos. Por otro lado, es el medicamento que más se usa a nivel mundial; no obstante, en los países desarrollados se usa más la fluoxetina.

Amitriptilina:

Efectos colaterales, precauciones y contraindicaciones. En ancianos y en pacientes con trastornos cardiovasculares debe administrarse con mucha precaución.

Generalidades. La amitriptilina es un medicamento que presenta propiedades somníferas y ansiolíticas. La amitriptilina es el ADT de posible elección para combinarse con un NLP.

Cuando exista peligro de suicidio en un deprimido, este medicamento es muy útil por su efecto sedante, al igual que en depresiones con insomnio.

Algunos estudios han demostrado que la combinación de un ADT y una benzodiazepina es superior terapéuticamente a sus compuestos administrados separadamente.

Indicación específica. Además de su buen efecto en la enuresis y encopresis, la asociación con pequeñas cantidades de NLP y/o benzodiazepinas provoca una actividad sedante sin las molestias que cada compuesto genera por separado.

ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA PURA (ISRS)

Se trata de un grupo relativamente nuevo, es un avance significativo en el tratamiento de la depresión, ya que sus efectos colaterales son por lo general menores que los ADT.

INDICACIONES:

En depresión mayor o cuando existe resistencia al efecto terapéutico de los demás antidepresivos, o cuando sus efectos colaterales son insoportables.

También se prescriben cuando los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo no responden a la clorimipramina.

EFFECTOS COLATERALES:

Estos compuestos muestran pocos efectos colaterales; por tanto son bien tolerados. Algunos efectos con manifestación en cavidad oral es; la presencia de sequedad de boca.

Su efecto sedante es mínimo, y se debe evitar asociarlas con el alcohol. Tiene poca actividad sobre el sistema cardiovascular.

Fluoxetina:

Generalidades. Se trata de un nuevo antidepresivo que no está relacionado químicamente con ningún otro. No incrementa la depresión del SNC cuando se combina con alcohol u otros tranquilizantes.

Indicación específica. Como la mayoría de los antidepresivos, se aplica en el trastorno depresivo mayor y en otras alteraciones del talante. Es un fármaco de segunda línea en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Efectos colaterales, precauciones y contraindicaciones. Sequedad de boca, cambios en el sabor. No deberá administrarse cuando exista hipersensibilidad a la fluoxetina.

ANTIDEPRESIVOS ATÍPICOS

Estos antidepresivos no producen efectos colaterales anticolinérgicos, esto da como característica que son los medicamentos más indicados en pacientes ancianos, pues no provocan estados confusionales, retención urinaria, glaucoma, cardiotoxicidad, etc., efectos propios de los antidepresivos tricíclicos.

Mianserina:

Indicaciones. Es útil en ansiedad, tensión emocional, síntomas psicósomáticos y depresión de todo tipo. Tienen ventajas en pacientes que necesitan una terapia antidepresiva y padecen de glaucoma, hipertrofia prostática, u otra alteración que se agrava con el efecto anticolinérgico de los ADT.

Efectos colaterales, precauciones y contraindicaciones. Usualmente se presenta sedación y somnolencia durante los primeros días de tratamiento. Este medicamento puede producir hipotensión arterial (aunque bastante menor que los ADT), así como modificar la glucemia en diabéticos.

Como efectos colaterales de gravedad se ha visto glositis, exantema maculopapular pruriginoso, agranulocitosis mortal e ictericia colestática. Es usual que los pacientes se quejen de vértigo, debilidad muscular y falta de concentración.

No debe utilizarse en pacientes embarazadas, por su potencialidad teratogena.

Al igual que los tranquilizantes, se recomienda al paciente abstenerse de conducir vehículos u otro tipo de maquinaria que pueda lesionarlo, particularmente durante la primera semana de tratamiento.

Este medicamento puede precipitar brotes de hipomanía en sujetos sensibles; también baja el umbral convulsivo, por lo cual puede desencadenar estas crisis en pacientes predispuestos.

La sobredosificación es menos peligrosa que con los ADT debido a que no altera la conducción cardíaca.

Venlafaxina:

Indicaciones. Es útil en el tratamiento de la depresión mayor.

Efectos colaterales, precauciones y contraindicaciones. El 19% de los pacientes suspende el tratamiento por los efectos colaterales (hipertensión o hipotensión arterial, taquicardia, ansiedad, insomnio, migraña, náuseas, vómito, somnolencia, mareo, sequedad de boca, astenia, hipersudación, estreñimiento, anorexia, pérdida de peso, visión borrosa, despersonalización, estado confusional, disfagia, equimosis, etc.)

Está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad al compuesto, no deberá prescribirse durante el embarazo y la lactancia, ni en menores de 18 años; y está contraindicado la aplicación de electrochoques.

ESTABILIZADORES DEL AFECTO

Se incluye el litio y algunos anticonvulsivos como la carbamazepina, el ácido valproico y el clonazepam, los cuales han demostrado capacidad terapéutica en el trastorno bipolar, se considera que tienen tanto capacidad antimaniaca como antidepresiva (Hirschfeld y col., 1994), sin embargo para la profilaxis sólo el litio ha demostrado una buena capacidad.

Litio:

Generalidades. Es un catión monovalente que se encuentra en el organismo en cantidades mínimas, sin que se sepa hasta el momento cuál es la función que desempeña. Desde hace algunos años se ha utilizado con efectividad en psiquiatría y no produce tolerancia o dependencia; no tiene efecto alguno sobre el estado de ánimo normal sino que actúa sobre las variaciones anormales del efecto.

Indicaciones. El litio no es un antidepresivo; más bien es una droga para psicosis cíclicas, brotes de agresividad, síntomas periódicos que semejan histeria, fobias, obsesiones y comportamientos extravagantes.

Además, se ha utilizado con una capacidad terapéutica experimental en epilepsia del lóbulo temporal, asociado con otros antidepresivos, agresión en adultos y niños, psicopatía y sociopatía, esquizofrenia, alcoholismo y en trastornos motores, además de su uso en endocrinología como antitiroideo.

La acción del litio en estos padecimientos es profiláctica y su efecto se presenta de unas semanas a seis meses, disminuyendo considerablemente el número de crisis, su intensidad y su duración.

Efectos colaterales, precauciones y contraindicaciones. Puede haber hiperexcitabilidad muscular, calambres, rigidez o debilidad muscular, disrritmias cardíacas, hipotensión, diarrea.

oliguria, alopecia, visión borrosa, hipercalcemia, sequedad de boca, fatiga, deshidratación. disminución de algunas capacidades perceptuales y motoras. Por todas las características mencionadas, se debe advertir al paciente que tenga precaución en actividades donde se requiera concentración.

El litio inhibe algunas etapas en la formación y liberación de la hormona tiroidea y en el tratamiento prolongado puede presentarse en 10% de los pacientes hipotiroidismo, esta alteración puede ser irreversible.

Una disminución en la ingesta de sodio (sal común) puede producir aumento del litio plasmático, pudiendo llegar a ser tan elevado que desencadene un estado tóxico severo.

Está contraindicado en pacientes con dieta hiposódica, administración de diuréticos, enfermedad renal, hepática o cardiovascular, embarazo (primer trimestre), enfermedad de Addison y diabetes mal controlada.

ANTIPSIKOTICOS O NEUROLEPTICOS:

Actualmente se considera como NLP al fármaco que produce disminución de la agitación psicomotriz, del comportamiento agresivo y de la tensión emocional; actúa sobre las alteraciones de la percepción (alucinaciones e ideas delirantes) y mejora la conducta catatónica y los trastornos de la esquizofrenia. Además de los trastornos mencionados, existen otros síntomas que también son influidos favorablemente por los NLP, como los trastornos formales del pensamiento, del afecto y de la socialización.

INDICACIONES:

Los NLP tienen capacidad antialucinatoria, antidelirante y antiagresiva. Además de ser útiles en el tratamiento de la esquizofrenia y la manía tienen otros usos importantes en los siguientes casos: en las psicosis por LSD, anfetaminas, hongos alucinantes y marihuana; en el autismo infantil, en las ideas delirantes con depresión, en insomnio y como analgésicos. Una gran ventaja de los NLP es que no producen dependencia y su toxicidad, en caso de intento de suicidio, es menor que la de otros fármacos.

Producen mejores efectos terapéuticos en los pacientes esquizofrénicos agudos, jóvenes y con cierto grado de afectividad conservada, en tanto que los efectos son menores en pacientes crónicos, ancianos y con poca conservación del afecto.

EFFECTOS COLATERALES:

Es muy importante tener en mente que a pesar de reducir la dosis a su nivel mínimo, ocasionalmente los efectos colaterales de los NLP resultan molestos y, a veces, incapacitantes.

Efectos extrapiramidales: Se refiere a la dosis administrada del NLP; se dice que si se sube la dosis se van incrementando, pero si llegan a un cierto punto disminuyen.

a) Disquinesia paroxística que se caracteriza por movimientos de torsión debido al espasmo de diferentes grupos musculares: el cuello es el más afectado, provocando en el paciente un volteo

forzado de la cabeza hacia los lados o hacia atrás. Al afectarse los músculos de la cara se producen muecas, disartria, dificultad para respirar, protrusión de la lengua, dislocación de la mandíbula y otros movimientos involuntarios. Muy ocasionalmente se presenta opistótonos con trismo y mordedura de lengua.

b) Parkinsonismo el cuál se manifiesta con las mismas características que en la enfermedad de Parkinson, y se presenta manifestación en boca: hipersalivación.

c) Acatisia, este síntoma es descrito por el paciente como intranquilidad, nerviosismo, angustia y desesperación torturante; y realiza movimientos de masticación los cuáles son involuntarios.

d) Disquinesia tardía, el trastorno consiste en movimientos orolingüofaciales. La alteración aparece lentamente, con movimientos de la lengua imperceptibles, masticación, chupeteo, también puede haber protrusión y mordedura de lengua, y movimientos que semejan una mueca muy aparatosa.

Síndrome de Meige es un trastorno de origen idiopático en el cuál se manifiesta una distonía bucomandibular.

e) En ocasiones se manifiesta sequedad de boca.

f) Otros efectos colaterales. Distonía tardía, Síndrome neuroléptico maligno, Crisis convulsivas, Ictericia, Trastornos hemáticos, Trastornos dermatológicos, Trastornos endócrinos,

Trastornos mentales. Trastornos cardiovasculares y se contraindica el uso de NLP en pacientes embarazadas o en su periodo de lactancia.

CONTRAINDICACIONES:

En hepatopatía, trastornos cardiovasculares, renales o metabólicos de importancia, lesión cerebral, intoxicación por algún depresor, embarazo, tendencia a la trombosis y síndrome de Parkinson.

FENOTIAZINAS DE CADENA ALIFATICA

Los NLP acíclicos producen mayor sedación, hipotensión, dermatitis y convulsiones que el resto de las fenotiazinas. Se indican en brotes psicóticos agudos con agitación, agresividad y trastornos del sueño. Estos derivados se han empleado como hipnóticos en neurosis y psiconeurosis.

En geriatría es conveniente llevar a cabo un control con electrocardiograma como de la presión arterial. En trastornos circulatorios o arterioescleróticos, estos compuestos deben emplearse bajo precaución por sus efectos hipotensores severos. La presión arterial debe vigilarse estrechamente, sobretodo cuando se administren dosis elevadas por vía parenteral. Esta hipotensión puede ocasionar que el paciente caiga y se lesione.

Levomepromazina:

Generalidades. Este medicamento produce fuerte sedación y se emplea en trastornos del sueño y en proceso psicótico agudo con agitación psicomotriz.

Ha demostrado tener cierta utilidad en casos de depresión psicótica severa, con ansiedad e ideas delirantes, sobre todo cuando el paciente presenta ideas suicidas (debe combinarse siempre con un ADT).

Como analgésico posoperatorio, la levomepromazina ha dado buenos resultados. Puede producir hipotensión severa y estados confusionales.

Indicación específica. Para el brote psicótico agudo se recomienda como tranquilizante-somnífero, y no como antipsicótico único, ya que las dosis tendrían que ser muy elevadas y comprometerían el sistema cardiovascular. De manera que se indica como fármaco de apoyo para otros antipsicóticos más potentes.

FENOTIAZINAS DE CADENA PIPERIDINICA

Pueden producir efectos anticolinérgicos como lo es la sequedad de boca.

Indicación específica. Estos NLP no se recomiendan como tratamiento único en brote psicótico y son los medicamentos de elección en un buen grupo de pacientes con esquizofrenia crónica.

Pipotiazina:

Generalidades. Es un NLP de acción prolongada. Este medicamento es muy útil en el tratamiento de psicóticos crónicos. Ha demostrado buen efecto terapéutico en niños y adolescentes con deficiencia mental y síntomas de agresividad, excitación psicomotriz y negativismo.

Posee un efecto socializador y estimulante, y un efecto sedante.

Tioridazina:

Generalidades. La tioridazina es eficaz en casos de esquizofrenia, en pacientes con trastornos psicósomáticos, excitación psicomotriz, agresividad, y otras alteraciones de la afectividad y de la conducta, resulta particularmente útil en pacientes con componentes depresivos y negativismo.

Nunca debe usarse sola como antidepresivo en casos de depresión, ya que puede agravar este cuadro. Tampoco es recomendable en psicosis aguda porque es un NLP de escasa potencia.

Puede desencadenar irritabilidad, más hiperactividad, ataxia, mareos y. puede exacerbar problemas de aprendizaje.

Cuando el tratamiento se prolonga, produce bajo grado de somnolencia; los pacientes que reciben este medicamento pueden desempeñar diversas labores y facilitar con ello el proceso de reintegración social, terapia ocupacional, etc. Cuando se administren dosis elevadas, el control electrocardiográfico es indispensable por su potente efecto anticolinérgico, en particular en los ancianos y cardiopatas.

FENOTIAZINAS DE CADENA PIPERAZINICA

Poseen una acción más rápida y potente; se utilizan principalmente en el tratamiento prolongado de esquizofrénicos crónicos, como terapia de sostén para evitar recaídas y también en casos agudos. Durante la terapia puede manifestarse insomnio.

Perfenazina:

Generalidades. Se utiliza principalmente en psicosis aguda; también se ha administrado con éxito a pacientes crónicos con apatía y negativismo. Rara vez hay hipotensión. En dosis altas, la perfenazina puede producir insomnio e intranquilidad, por lo que el paciente puede desarrollar sus tareas adecuadamente, porque el medicamento no produce somnolencia.

Administrada conjuntamente con electrochoques, no provoca efectos colaterales nocivos. La perfenazina también tiene propiedades analgésicas y antieméticas.

Trifluoperazina:

Generalidades. Es un NLP muy potente, indicado en pacientes crónicos con retardo psicomotor. Tiene efecto activador y socializador y por ello puede producir excitabilidad; además, ejerce poderosos efectos sobre las alucinaciones e ideas delirantes. Debido a su ligero efecto hipotensor se considera de gran utilidad en geriatría. Puede aumentar el apetito y, con ello, el peso. La administración conjunta con electrochoques no desencadena efectos colaterales nocivos.

BUTIROFENONAS:

Son NLP potentes y muy eficaces. Su uso se ha incrementado en tal forma que han alcanzado mucha aceptación; esto se debe a la escasa frecuencia de sedación, trastornos hepáticos, hipotensión arterial, taquicardia, alteraciones hemáticas y dermatitis.

Son los medicamentos que se deben utilizar en casos de embarazo si la prescripción de un NLP es absolutamente indispensable, en alteraciones metabólicas y endócrinas, en trastornos cardiovasculares, en pacientes con crisis convulsivas y en farmacología geriátrica, por que son los NLP que menos trastornos producen.

Haloperidol:

Generalidades. El haloperidol se indica en pacientes que padecen psicosis agudas, pues evita alteraciones cardiovasculares que ponen en peligro la vida del paciente cuando se requieren dosis elevadas.

También se ha empleado con éxito en pacientes crónicos. Para psicosis senil, lesión cerebral o en cualquier paciente geriátrico, es el medicamento que se aconseja; sin embargo puede causar síntomas depresivos cuando la terapia es prolongada.

Penfluridol:

Generalidades. Como el resto de los NLP de acción prolongada, no se recomienda en los casos agudos, salvo sus excepciones. La mayor utilidad de esta sustancia es en el tratamiento crónico, como medicación de sostén en cuadros de esquizofrenia.

Dentro de sus ventajas cuenta el poder asociarse con una amplia variedad de psicofármacos donde no existen interacciones de importancia, ya que con estos pacientes a menudo se requiere la combinación de algunos compuestos como antidepresivos, tranquilizantes, anticolinérgicos, entre otros.

Clozapina:

Generalidades. Debe aplicarse en esquizofrenia resistente a los demás NLP, o en caso de efectos colaterales intolerables. La clozapina se debe administrar como fármaco único, salvo sus excepciones.

Por sus efectos sedantes, se recomienda precaución en los pacientes que utilicen herramientas y maquinaria, ya que pueden lesionarse o lesionar a los demás.

Está contraindicada en pacientes con discrasias sanguíneas, trastornos de la médula ósea, otras psicosis que no sean esquizofrenia, cardiopatía, farmacodependencia no controlada, hepatopatía y nefropatía. No se recomienda para menores de 18 años, mujeres embarazadas o en época de lactancia. La sobredosis puede provocar sialorrea.

La interacción del medicamento con narcóticos, sedantes, antihistamínicos o alcohol incrementa la depresión del SNC.

Risperidona:

Generalidades. Esta indicado en esquizofrenia crónica resistente a otros NLP y esquizofrenia con síntomas negativos. Esta sustancia nueva en el mercado tiene la reputación de mejorar tanto los síntomas positivos como los negativos de la esquizofrenia; sin embargo sobre estos últimos todavía está en discusión.

Se recomienda extremar precauciones frente a antecedentes de alteraciones cardiovasculares, renales y hepáticas. No deberá prescribirse durante el embarazo y la lactancia.

ANTIPARKINSÓNICOS O ANTICOLINÉRGICOS

Estos medicamentos son útiles en el parkinsonismo medicamentoso como en la enfermedad de Parkinson, teniendo su efecto sobre los receptores muscarínicos.

Se usan para disminuir los efectos plasmáticos de los NLP y, en algunos casos, su capacidad terapéutica.

INDICACIONES:

Los anticolinérgicos son los únicos antiparkinsonianos útiles para los efectos colaterales extrapiramidales de los NLP (corrector): la distonía de torsión aguda, el parkinsonismo medicamentoso y la acatisia. Las reacciones distónicas por NLP pueden ser muy severas, como protrusión de la lengua y mordedura por trismus. En estos casos es cuando se aconseja la administración inmediata de un anticolinérgico.

Pueden ser utilizados profilácticamente y conjuntamente con un NLP, siempre y cuando se valore el riesgo-beneficio. Se recomienda reducir la dosis del NLP, en vez de administrar un anticolinérgico; para tratar de controlar los efectos indeseables.

EFFECTOS COLATERALES, PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES

Debido a los efectos colaterales de los anticolinérgicos muscarínicos los antiparkinsonianos pueden causar sequedad de boca, la xerostomía puede ser de importancia, de manera que el paciente puede experimentar un dolor importante en la lengua y, por lo tanto, se tiene que suspender el fármaco.

Los estados confusionales se pueden producir con mayor frecuencia en los ancianos, particularmente cuando se combinan con NLP que poseen efecto sedante. Además, se pueden potenciar alteraciones cardiovasculares.

La asociación de NLP con el anticolinérgico produce mayor somnolencia, mareo, irritación gástrica y visión borrosa que cuando se administra el NLP solo.

Están contraindicados en disquinesia tardía, ADT, trastornos cardiovasculares severos, hepatopatía, nefropatía, hipertrofia prostática, glaucoma y en el primer trimestre del embarazo.

Biperideno:

Generalidades. Se describe en las características de los Antiparkinsonianos.

Trihexifenidilo:

Generalidades. Se describe en las características de los Antiparkinsonianos.

TRANQUILIZANTES:

Con el advenimiento de las benzodiazepinas, el resto de los tranquilizantes ha pasado casi a desuso. A pesar del extendido uso de las benzodiazepinas, en la mayoría de casos estas sustancias se

prescriben bajo criterios poco adecuados como calmantes, somníferos o para trastornos “psicológicos” no bien entendidos ni diagnosticados. Por ello, no es extraño que sean medicamentos que se venden mucho, lo que origina, además, un problema de farmacodependencia.

Es importante hacer notar que existen muchos medicamentos con capacidad tranquilizante (neurolépticos, antidepresivos, antihistamínicos, entre otros), pero este efecto es sólo secundario.

Las benzodiazepinas producen menos efectos colaterales, menos toxicidad y menos dependencia respecto a los demás tranquilizantes.

INDICACIONES:

Las indicaciones principales de los tranquilizantes son:

- a) En estados ansiosos psicóticos y no psicóticos con nerviosismo, aprensión y agitación psicomotriz.
- b) En algunas manifestaciones somáticas de la ansiedad (úlceras gástricas, cefalea tensional, colitis nerviosa, neurodermatitis, etc.), y en la ansiedad producto de una alteración somática (angustia posinfarto, preanestésica, posfractura, entre otras).
- c) En crisis fóbica o de pánico
- d) En los trastornos musculares donde se presenta un espasmo, ya sea como producto de un estado de tensión emocional o por lesión del área en cuestión.
- e) En epilepsia
- f) En síndrome de abstinencia por alcohol y otros tranquilizantes.
- g) Como somnífero en terrores nocturnos y sonambulismo.

EFFECTOS COLATERALES, PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES:

Entre sus efectos colaterales encontramos manifestaciones en cavidad bucal como lo es la sequedad de boca, sabor de boca metálica ("a centavo" o amargo),o bien sialorrea.

Estos medicamentos pueden alterar en forma importante el aprendizaje y la memoria.

Presentan efecto amnésico y de somnolencia y efectos paradójicos como excitación psicomotora, hostilidad y agresión; estas alteraciones se presentan desde la primera semana de tratamiento.

Las benzodiazepinas no se recomiendan como tratamiento único en depresión o psicosis, ya que pueden exacerbarlas. La combinación con cualquier depresor del SNC puede potenciar sus efectos, por ello se debe advertir al paciente de los trastornos que se pueden ocasionar cuando se ingiera alcohol y se manejen vehículos o maquinaria que pueda lesionar al paciente o a terceros.

Las benzodiazepinas están contraindicadas en pacientes con miastenia *gravis*, ataxia, combinación con otros depresores del SNC, glaucoma, hipersensibilidad a las benzodiazepinas, estado de choque y apnea del sueño así como en niños menores de seis meses y mujeres en el primer trimestre de embarazo. También debe evitarse como farmacoterapia única en enfermos con otras condiciones de hipoventilación, psicosis y depresión grave.

Alprazolam:

Generalidades. Presenta buena capacidad ansiolítica, sedante, miorelajante y anticonvulsivante. Ha demostrado tener cierta capacidad antidepresiva; no obstante, no se debe utilizar como medicación única para este último fin. Es útil para controlar ataques de pánico de diversas etiologías. Además de los efectos colaterales típicos de las benzodiazepinas, el alprazolam puede provocar rigidez muscular, temblor, distonía, acatisia, hipotensión arterial, síncope y disminución o elevación del peso corporal.

Parece que es la benzodiazepina que en mayor intensidad provoca una reacción maniaca en los pacientes con esquizofrenia.

Diazepam:

Generalidades. Tiene gran valor para la ansiedad, la tensión, la inquietud, la excitación psicomotriz, las distimias, los trastornos somáticos de la ansiedad, la hipocondriasis y en epilepsia como relajante muscular, se ha utilizado en casos de espasmo postraumático, esclerosis múltiple, disquinesia tardía y parkinsonismo. También se ha utilizado para los efectos colaterales agudos de NLP, como acatisia y distonía de torsión.

Lorazepam:

Generalidades. Con dosis terapéuticas se han descrito amnesia y ataxia. También se ha empleado en diversos trastornos psicósomáticos con buenos resultados.

El efecto colateral más frecuente fue la sedación, continuando con la presencia de mareos, debilidad y disminución de la actividad física, inestabilidad e incoordinación motora y desorientación. La sedación es mayor en ancianos que en jóvenes, así como la incoordinación motora.

El lorazepam reduce los síntomas de ansiedad en angustia, el manejo farmacológico de estos trastornos no debe hacerse solamente como tranquilizantes, sino combinado con antidepresivos tricíclicos.

HIPNOTICOS O SOMNIFEROS:

Son aquellos fármacos que se utilizan en el insomnio, es decir, en las dificultades para iniciar y mantener el sueño. A pesar de su amplio uso, el término *hipnótico* ha provocado algunos malos entendidos, ya que se ha pensado que se trata de medicamentos que facilitan la hipnosis, lo cual es parcialmente cierto. Pero su utilidad clínica no es ésta, sino la inducción del sueño. De esta manera resulta más adecuada la palabra *somnífero*, ya que indica con mayor precisión el efecto terapéutico que se busca.

En la farmacología general existe una gran cantidad de medicamentos con capacidad somnifera, pero este grupo de fármacos se consideran los medicamentos cuya propiedad primordial es la hipnótica, sin olvidar que en la farmacoterapia del insomnio, los neurolépticos y los antidepresivos tricíclicos ocupan un sitio muy importante. Este grupo de fármacos manifiestan diferentes efectos según el momento del día en que se administren.

Un hipnótico jamás se deberá administrar si antes no se conocen los hábitos de sueño y vigilia, así como los hábitos de trabajo, siesta, ejercicio físico, ingestión de estimulantes como café, té negro, refresco de cola, además de fármacos como las anfetaminas, cocaína, esteroides, broncodilatadores, tranquilizantes y antihistamínicos, entre otros muchos. El mismo uso de somníferos pueden provocar insomnio con el tiempo, ya que además de requerir mayor dosis, se favorece la desorganización en el sueño. Si se detectan malos hábitos para dormir, como permanecer durante el día en la cama, dormir una siesta, tomar café después de las 17 horas. no hacer ejercicio, comer demasiado antes de ir a la cama, etcétera, estas conductas se deberán corregir dentro de lo posible.

EFFECTOS COLATERALES, PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES:

Por su carácter sedante se puede observar somnolencia, con la consecuente falta de concentración en el trabajo, dificultad para realizar tareas motoras que requieren de precisión, apatía torpeza, cefalea, visión borrosa y otras. La prescripción a largo plazo de estas sustancias pueden alterar el estado alerta, así como impedir una amplia variedad de habilidades y motivación del paciente sin que esté consciente de esas incapacidades o, aunque lo esté, no desee eliminar el fármaco.

En ancianos, pacientes con retardo mental y lesión cerebral se presentan efectos paradójicos como exacerbación del insomnio, agitación psicomotora y angustia.

Las benzodiazepinas son las sustancias más usadas en intento de suicidio: solas conllevan escaso riesgo, pero combinadas con otros depresores podrían provocar la muerte. No es aconsejable que los pacientes deprimidos con ideas suicidas tengan en su poder cantidades elevadas de cualquier fármaco. No obstante, algunos pacientes necesitarán de por vida estas sustancias.

Triazolam:

Generalidades. El triazolam se usa sólo como somnífero. Se ha obtenido buenos resultados en insomnio por abstinencia de alcohol y otros depresores. Los principales efectos colaterales son muy semejantes al resto de las benzodiazepinas (sequedad de boca, mareo, cefalea, amnesia, somnolencia durante el día, pesadez matinal, embotamiento, inquietud y nerviosismo).

ANTIPILEPTICOS:

Los antiepilépticos son sustancias muy variadas, como cualquier otra sustancia activa, son medicamentos potencialmente peligrosos y sus efectos colaterales pueden ser de importancia.

Resulta difícil precisar el mecanismo que interviene en las interacciones que los antiepilépticos establecen entre sí o con otros medicamentos, aunque ciertas sustancias se pueden considerar: interacción a nivel de la absorción gastrointestinal, como los antiácidos por ejemplo. A nivel de la unión de proteínas como ocurre con los salicilatos, los desinflamatorios no esteroideos y la

bilirrubina. Casi todos los antiepilépticos reducen el efecto de los esteroides, anticoagulantes, antipiréticos, antirreumáticos y antidepresivos. No todas las interacciones tienen consecuencias prácticas, pero muy pocas son benéficas.

Las manifestaciones de toxicidad son de dos tipos: agudas y crónicas.

Cuando se prescribe o ingiere una dosis elevada de medicamentos, los signos clínicos habituales incluyen alteraciones en el nivel de vigilancia variando en cierta confusión mental, hasta el coma; los signos vestibulocerebelosos son los más precoces e incluyen nistagmo, vértigo y ataxia. Estos síntomas son comunes a todos los antiepilépticos y puede observarse también el incremento paradójico en el número de crisis.

Las manifestaciones crónicas pueden pasar inadvertidas y ser atribuidas a la propia epilepsia, a su etiología particular o a la "personalidad" del paciente; tal es el caso de la lentificación psíquica, disminución del acervo del vocabulario, acentuación de la torpeza motriz y de las fallas de la memoria.

Debido a su potencialidad teratogénica, se debe agudizar el sentido común para su empleo durante el embarazo, ya que presenta un efecto negativo sobre el metabolismo del ácido fólico y se ha sugerido que éste podría ser uno de los mecanismos que conducen a malformaciones fetales.

No se deben suspender bruscamente estos fármacos, ya que pueden conducir a un estado epiléptico.

Benzodiazepinas:

Clonazepam:

Generalidades. El clonazepam detiene 60 a 75% de los estados epilépticos. Ofrece resultados favorables en las epilepsias mioclónicas, epilepsias fotosensibles, ausencias infantiles (antiguamente llamado pequeño mal). En las crisis parciales su efecto es más limitado pero, se han reportado respuestas favorables en casos de crisis parciales complejas. De hecho, su capacidad terapéutica es difícil de evaluar porque existe una pérdida de eficacia entre el tercero y el sexto mes de tratamiento, por tanto, la respuesta a corto plazo no es un índice confiable de su efectividad a largo plazo.

Entre sus efectos colaterales y precauciones se refiere sedación, somnolencia y fatiga. Irregularmente se observa hipersalivación, ataxia, broncorrea e hipotonia. Tanto en los niños como en los adultos pueden presentarse alteraciones conductuales paradójicas importantes como agresividad, intranquilidad, incremento de la viscosidad afectiva, irritabilidad y trastornos del aprendizaje; estos síntomas pueden ser causa suficiente para suspender la terapia.

Diazepam:

Generalidades. Como otras benzodiazepinas, tienen capacidad antiepiléptica.

Acido Valproico:

Generalidades. En cuanto a sus indicaciones se han obtenido buenos resultados en disquinesia tardía, síntomas extrapiramidales por uso de NLP (acatisia y distonía de torsión aguda). El ácido valproico está indicado en todo tipo de crisis epilépticas generalizadas, también es efectivo en crisis mioclónicas y su capacidad terapéutica en crisis parciales es bastante limitada.

Comparado con el resto de los antiepilépticos, sus efectos colaterales son mínimos. El más frecuente es irritación gástrica; aunque puede presentarse sedación, ataxia, temblor, náusea, vómito, hiporexia, cefalea, adelgazamiento o ganancia de peso. La caída del cabello se ve en 5% de los pacientes y puede ser muy inquietante, aunque esta alteración es reversible al suspender el medicamento. Se reportan algunos problemas ante trastornos hemáticos.

Carbamazepina:

Generalidades. Se puede considerar como el medicamento de elección en mujeres de edad fértil y crisis parciales. Este medicamento es de gran utilidad en las neuralgias del trigémino y del glossofaríngeo. Posee también un cierto efecto psicotrópico positivo, mostrando alguna utilidad en los trastornos conceptuales del epiléptico como agresividad; por otro lado, se ha visto mejoría conductual en el epiléptico sin modificación alguna de la crisis.

Los principales efectos colaterales son el síndrome de Lyell que consiste en una necrosis epidérmica tóxica donde el paciente se despelleja en amplias zonas de la superficie corporal sin

molestias de importancia: el fenómeno puede incluir además a las mucosas, Síndrome de Stevens-Johnson. Trastornos cardiovasculares, hepáticos, renales y hematológicos.

Oxcarbazepina:

Generalidades. Es útil en pacientes con crisis parciales o generalizadas tonicoclónicas. De manera experimental se ha usado en trastornos maniaco-depresivos y como apoyo antipsicótico con los NLP. Se debe tener precaución en pacientes con trastornos cardiovasculares, hepáticos y renales.

Los efectos colaterales que pueden presentarse al administrar la oxcarbazepina son los siguientes: *Comunes:* agotamiento; *Frecuentes:* mareo vértigo, somnolencia, cefalea, parestesias, ataxia, temblor, dificultades en la concentración para trabajos intelectuales y en la memoria, trastornos en el sueño y en la acomodación visual, alteraciones en el ciclo menstrual, edema; *Ocasionales:* labilidad emocional, tinnitus, ansiedad, agresividad, hipertermia, depresión, eritema, hipotensión arterial, hiponatremia produciendo con ello letargo, vómito, cefalea y estado confusional, por lo que se requiere la supresión del fármaco; *Excepcionalmente:* reacciones alérgicas de importancia (incluyendo síndrome de Stevens-Johnson), trombocitopenia y pancitopenia que requiere vigilancia estrecha de todos los elementos formes de la sangre; supresión inmediata ante la sospecha de una depresión medular.

Está contraindicada en pacientes con sensibilidad al compuesto y bloqueo auriculoventricular.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

El médico dispone de múltiples instrumentos con los que diagnosticar, evaluar y tratar los padecimientos de sus pacientes.

Dichos instrumentos van desde las más complejas pruebas de laboratorio a las altamente sofisticadas técnicas de imagen.

La capacidad para desarrollar una relación efectiva con el paciente exige un conocimiento sólido de las complejidades del comportamiento humano, junto con un aprendizaje riguroso de las técnicas de habla y escucha.

Para diagnosticar, evaluar y tratar el trastorno de un paciente, el médico debe aprender a escuchar. Para muchos médicos, el hecho de escuchar puede parecer de una pasividad incómoda.

Una de las tareas más importantes de un centro de enseñanza para médicos es la de ayudar al médico a adquirir capacidad de escucha activa, tanto de lenguaje como del flujo de sentimientos no verbalizados que discurre entre los dos. El médico que observa de manera continua no sólo el contenido de la interacción (aquello que no se dicen pero que se transmiten de diversas formas), es aquel que hace que la comunicación entre dos personas se produzca a varios niveles a la vez.

Un médico sensible a la influencia que los antecedentes, la cultura, el ambiente y la psicología puedan tener en esa relación, se enfrenta con el reto de un paciente con múltiples facetas, no con un simple síndrome patológico. Cuando no se resaltan, transmiten el arte y la técnica de la

escucha activa, los médicos carecen de fundamentos para establecer una buena relación con sus pacientes. por lo que inevitablemente la atención a sus pacientes saldrá perjudicada.

MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE:

La relación médico-paciente tiene una serie de modelos potenciales. Con frecuencia, ni el médico ni el paciente son completamente conscientes de elegir uno u otro. Los modelos son fruto, en la mayor parte de las ocasiones, de la personalidad, expectativas y necesidades, tanto del médico como del paciente.

El hecho de que estos factores no suelen ser comentados y pueden ser diferentes para el médico y el paciente origina, a veces, déficit en la comunicación y decepción en ambos.

El médico debe ser consciente del modelo en que discurre la relación con cada paciente, teniendo la capacidad de cambiar de modelo si las necesidades específicas del paciente, de la situación clínica o de los requerimientos terapéuticos así lo precisaran.

Modelos Específicos.- Entre los modelos de relación médico-paciente se incluyen el modelo activo-pasivo, el modelo maestro-alumno (o modelo padre-hijo, o guía-cooperación), el modelo de participación mutua y el modelo de amistad (o intimidad social).

1.- Modelo Activo-Pasivo. Implica la completa pasividad del paciente y la subsecuente asunción por parte del médico de la toma de decisiones. En este modelo, el paciente no asume

prácticamente ninguna responsabilidad en su propio cuidado y no toma parte en el tratamiento.

Resulta adecuado cuando el paciente se encuentra inconsciente, inmovilizado o en estados delirantes.

2.- Modelo Maestro-Alumno. Se asume y recalca la preponderancia del médico. El papel del médico es paternalista y controlador; el papel del paciente es fundamentalmente de dependencia y aceptación. Este modelo se observa a menudo durante la recuperación de las intervenciones quirúrgicas.

3.- Modelo de Participación Mutua. Supone igualdad entre el paciente y el médico; ambos necesitan y dependen del concurso del otro. La necesidad de una relación médico-paciente basada en un modelo de mutua y activa participación es absolutamente evidente en el tratamiento de enfermedades crónicas, en la que el conocimiento y aceptación por el paciente de las ramificaciones del tratamiento son críticas para el éxito de este. Dicho modelo puede ser igualmente eficaz en situaciones de enfermedades agudas.

4.- Modelo de Amistad. En la relación médico-paciente se considera generalmente como disfuncional e incluso falta de ética. En la mayor parte de las ocasiones representa un problema psicológico subyacente en el médico, quien quizás tenga una necesidad emocional de desviar los cuidados debidos al paciente a una relación de compartir información personal y amor. El modelo supone la perpetuación indeterminada de la relación, en lugar de tener un final adecuado, y una pérdida de los límites entre profesionalidad e intimidad.

CONSIDERACIONES GENERALES :

Los médicos necesitan empatizar con el paciente, pero no hasta el punto de asumir las responsabilidades del paciente o de fantasear con que únicamente ellos pueden erigirse en los salvadores del paciente. Deben ser capaces de dejar atrás los problemas de los pacientes cuando se encuentran fuera de la consulta o del hospital, y de no usar los pacientes como sustitutos de la intimidad o de las relaciones de las que carecen en su vida privada. De otro modo estarán limitados en su capacidad para ayudar a personas enfermas, que necesitan simpatía y comprensión, pero no sentimientos ni sobreimplicación.

El médico debe aprender a aceptar el hecho de que, por mucho que quiera controlar a todos los aspectos relacionados con el cuidado del paciente, dicho deseo no será nunca realizable.

El médico debe tratar de no enviar aspectos o situaciones con las que resulta difícil enfrentarse en función de su propia sensibilidad, prejuicios o peculiaridades, cuando estas sean relevantes para el paciente.

En una interacción tan compleja como la que tiene lugar en la relación médico-paciente, los errores no suelen resultar desastrosos para la relación si no se repiten a menudo. Cuando el paciente aprecia interés, entusiasmo y buena voluntad por parte del entrevistador es capaz de tolerar una inexperiencia considerable.

LA ENTREVISTA:

Uno de los instrumentos más útiles de los que dispone el médico es la capacidad para entrevistar a sus enfermos de forma eficaz. Una entrevista hábil es capaz de obtener la información necesaria para comprender y tratar al paciente a la vez que se aumenta el conocimiento que el propio paciente tiene de su enfermedad y la colaboración y cumplimiento de las indicaciones del médico.

Toda entrevista tiene tres componentes principales, cada uno de los cuales requiere habilidades y conocimientos específicos : el comienzo, la entrevista en sí misma y su final.

En general, un entrevistador debe asumir una actitud interesada, preocupada, amable y libre de juicios: de otro modo, puede no obtenerse información potencialmente crucial.

Cada entrevista tiene dos principales metas desde el punto de vista técnico : el reconocer los determinantes psicológicos del comportamiento y la clasificación de síntomas.

El diagnóstico del paciente puede ser descrito de manera tan precisa como sea posible, averiguando detalles como los síntomas del paciente, el curso de la enfermedad, los antecedentes familiares y comprendiendo la personalidad del paciente, la historia de su desarrollo y sus conflictos inconscientes.

Diferencias : Un paciente Psiquiátrico tiene a menudo que enfrentarse con tensiones y presiones diferentes de las que padecen los pacientes de otras especialidades.

Entre las tensiones se incluye el estigma asociado al hecho de ser un paciente Psiquiátrico (se acepta mejor tener un problema medico o quirúrgico que uno mental); dificultades de comunicación a causa de los trastornos del pensamiento, que pueden incluir delirios, alucinaciones, y curso desorganizado del pensamiento, y las rarezas del comportamiento que, unidas a la falta de juicio y de introspección, que estos pacientes tienen, hacen el cumplimiento especialmente difícil. Dado que los pacientes Psiquiátricos encuentran a menudo difícil explicar lo que esta pasando, el terapeuta debe estar preparado para obtener información de otras fuentes. Los miembros de su familia, los amigos y el cónyuge pueden proporcionar datos clave sobre el paciente que el mismo no es capaz de suministrar.

Los pacientes Psiquiátricos pueden no tolerar una entrevista de formato tradicional, especialmente en los estados mas agudos del trastorno.

El terapeuta debe estar particularmente preparado para emplear sus dotes de observación con aquellos pacientes Psiquiátricos que no pueden comunicarse verbalmente de forma correcta. Las habilidades específicas consisten en la observación de la apariencia, comportamiento y lenguaje corporal del paciente, así como de todos aquellos factores que proporcionen alguna pista sobre el diagnóstico.

Muchos médicos no psiquiatras ven pacientes Psiquiátricos. Según distintos estudios, el 60 % de los pacientes con trastornos mentales visitan a un médico no psiquiatra en un plazo de seis meses; Por esto, los médicos no psiquiatras deberían ser conocedores de los problemas especiales que plantean los pacientes Psiquiátricos y de las técnicas específicas que se emplean en su tratamiento.

Para poder dar inicio de la entrevista es necesario establecer los siguientes factores:

Transferencia. Se define habitualmente como un conjunto de expectativas, creencias y respuestas emocionales que el paciente aporta a la relación médico-enfermo. Se basan no tanto en quien es el medico o como en su forma de actuar, sino mas bien en experiencias persistentes que el paciente ha tenido con otras figuras de autoridad o a lo largo de su vida.

Contratransferencia. Al igual que el paciente aporta actitudes transferenciales a la relación médico-paciente, los propios médicos tienen a menudo reacciones contratransferenciales hacia sus pacientes. La contratransferencia puede ser en forma de sentimientos negativos disruptivos en la relacion medico-paciente, pero puede tambien volverse desproporcionalmente positiva, idealizando, o llegando incluso a la erotización.

Del mismo modo que los pacientes albergan expectativas en torno al médico por ejemplo, competencia, falta de explotación, objetividad, comodidad, alivio; estos tienen a menudo expectativas inconscientes no verbalizadas sobre los pacientes. Mas a menudo, se percibe a los nuevos pacientes como aquellos en los que la expresión de la gravedad de sus síntomas se correlacionan con un trastorno biológico claramente diagnosticable, si el cumplimiento terapéutico es adecuado y no plantean desafíos acerca del tratamiento, si se contienen emocionalmente y además no son agradecidos,. Si estas expectativas no se cumplen, el paciente puede ser culpado de ser desagradable, difícil o malo.

Para poder llevar a cabo una adecuada relación Médico-Paciente es sumamente importante realizar una entrevista o interrogatorio inicial. el cuál deberá ser concreto, explicito, y por medio del

cuál deberemos otorgar a nuestro paciente las bases para lograr la confianza desde la primera impresión. Por lo que de manera siguiente se mencionarán diversos métodos para lograr la entrevista ideal.

Principios Generales de la Entrevista.

La entrevista psiquiátrica no es en modo alguno un encuentro fortuito o arbitrario entre el médico y el paciente. Resulta de las ciencias básicas de la Psicopatología y la Psicodinámica; entendiéndose de estas lo siguiente:

1.- Psicopatología: Se refiere a la fenomenología de los desórdenes emocionales. Incluye tanto síntomas neuróticos y psicóticos como trastornos de conducta o de carácter. En estas últimas categorías hay defectos en las capacidades del paciente para funcionar en los terrenos de amor, sexo, trabajo, relación social, vida doméstica y regularidad fisiológica. La psicopatología trata también de la eficacia de los mecanismos de defensa, de las relaciones recíprocas entre ellos y de su integración conjunta en la personalidad.

2.- Psicodinámica: Es una ciencia que trata de explicar el desarrollo psíquico total del paciente. No sólo se explican sus síntomas y las patologías de su carácter, sino también sus puntos fuertes y sus activos en materia de personalidad, Las reacciones del paciente a estímulos internos y externos durante el curso entero de su vida proporcionan los datos para las explicaciones psicodinámicas.

Este marco psicodinámico proporciona un medio de pensar acerca de los datos clínicos en general y de las entrevistas psiquiátricas en particular.

En efecto el médico puede considerar los deseos o motivos predominantes del paciente, sus temores inconscientes y sus defensas características. Cada individuo es único, pero hay, con todo, ciertos patrones típicos de instinto, miedo y defensa, de sintoma y de estilo de carácter, que han conducido a la descripción de los síndromes clínicos bien conocidos en psiquiatría.

La entrevista psiquiátrica constituye un intento sistemático para comprender la relación de los conflictos psicopatológicos con los emocionales en un individuo determinado. Los síntomas y el estilo de carácter del paciente influyen significativamente sobre el proceso de la entrevista.

Entrevista Médica.

La entrevista profesional difiere de otras formas de entrevista en que un individuo consulta a otro que se ha designado como experto. Se espera que el profesional proporcione alguna forma de ayuda.

En la entrevista médica típica, una persona sufre y desea alivio, y de la otra se espera que lo proporcione. La esperanza de obtener ayuda para aliviar su sufrimiento es la que motiva al paciente a exponerse y a “contarlo todo”. Este proceso resulta facilitado por el carácter confidencial de la relación entre el médico y el paciente.

Si el paciente considera al médico como un elemento potencial de ayuda, le comunicará más o menos libremente todo aquello que le parezca relacionarse en alguna forma con su dificultad. Por consiguiente, resulta con frecuencia posible obtener una cantidad considerable de información acerca del paciente y de su sufrimiento escuchándole simplemente.

Entrevistas de Diagnóstico y Terapéutica.

Se efectúa a menudo una distinción entre las entrevistas de diagnóstico y las terapéuticas.

La entrevista orientada únicamente al establecimiento de diagnóstico da al paciente la impresión de que es un ejemplar de patología sujeto a examen y por consiguiente, le dispensa de revelar sus problemas. Si existe una sola señal de entrevista lograda, ésta es el grado en que el paciente y el médico desarrollan un sentimiento compartido de comprensión.

La entrevista centrada en la comprensión del paciente proporciona información diagnóstica más valiosa que la que trata de descubrir la psicopatología.

Aunque el entrevistante sólo vea acaso al paciente una sola vez, es posible, con todo, una acción recíproca verdaderamente terapéutica.

Datos de la Entrevista.

Contenido y Proceso.- El contenido de una entrevista se refiere tanto a la información de hecho proporcionada por el paciente como a las intervenciones específicas del entrevistante. Una gran parte del contenido puede transmitirse verbalmente, aunque las dos partes se comuniquen también a través de conducta no verbal. Con mucha frecuencia, el contenido verbal podrá acaso no relacionarse con el mensaje de la entrevista.

El proceso de la entrevista se refiere a las relaciones en vía de desarrollo entre el médico y el paciente. Se relaciona especialmente con el significado implícito de las comunicaciones. El paciente es diversamente consciente del proceso, que experimenta principalmente según sus fantasías acerca del médico y de un sentido de confianza y de seguridad con él.

Algunos pacientes analizan al médico, especulando acerca de porqué dice determinadas cosas en determinados momentos. El entrevistante se esfuerza por una conciencia continua de los aspectos de la entrevista relativos a su proceso. El proceso incluye la manera en que el paciente se relaciona con el entrevistante, su modo de relacionarse podrá ser fijo o podrá cambiar frecuentemente durante la entrevista.

El entrevistante aprende a darse cuenta de sus propias respuestas emocionales al paciente y si examina estas respuestas a la luz de lo que el paciente acaba de decir o de hacer, podrá extender acaso su comprensión de la acción recíproca.

Datos Introspectivos e Inspectivos.- Los datos introspectivos comprenden el informe del paciente acerca de sus sentimientos y experiencias. Este material suele expresarse verbalmente. Los datos inspectivos, por su parte, comprenden la conducta no verbal del paciente y del entrevistante.

El paciente es en gran parte inconsciente del significado de sus comunicaciones no verbales y de su oportunidad en relación con el contenido verbal. Las comunicaciones no verbales corrientes comprenden las respuestas emocionales del paciente, tales como llorar, reír, sonrojarse, inquietarse, etc.

Una forma muy importante en que el paciente comunica sentimientos es a través de las cualidades físicas de su voz.

El entrevistante observa también la conducta motora del paciente, con objeto de inferir procesos de pensamiento más específicos que no han sido verbalizados.

Afecto y Pensamiento.- Tanto el paciente como el médico experimentan ansiedad en la entrevista inicial, al igual que en otros encuentros entre desconocidos.

El paciente está ansioso acerca de su enfermedad, de la reacción del médico hacia él y de los problemas prácticos del tratamiento. La ansiedad del médico se centra, por lo regular tanto en la reacción de su nuevo paciente hacia él como en su capacidad de poder proporcionarle ayuda. Algunos pacientes son totalmente francos en cuanto a sus respuestas emocionales, en tanto que otros tratan de disimularlas. Si bien los sentimientos del paciente son importantes, es cierto, las respuestas emocionales forman la clave para la comprensión de la entrevista.

El Entrevistante.

El instrumento principal de la entrevista es el médico mismo. Cada médico aporta a la entrevista antecedentes personales y profesionales distintos. En efecto, su estructura de carácter, sus valores y su sensibilidad hacia los sentimientos de otros influyen sobre su actitud para con los pacientes como para los seres humanos.

La función más importante del entrevistante está en escuchar y comprender al paciente, con objeto de poder ayudarlo. Se requiere mostrar cierto interés para que el paciente se de cuenta de que el entrevistante le está prestando atención además un comentario simpatizante, siempre que sea apropiado, ayuda a establecer una relación. Por regla general el entrevistante a de ser acrítico, interesado, preocupado y amable.

Con frecuencia el entrevistante hará preguntas, estas podrán servir para conseguir información o para aclarar tanto su propia comprensión como la del paciente. Las preguntas podrán constituir una forma sutil de sugerencias o bien, mediante el tono de voz con que se formulan podrán autorizar al paciente a hacer algo.

El médico proporciona al paciente ciertas satisfacciones y frustraciones durante el proceso de tratamiento. Ayuda al paciente con su interés, su comprensión, su estímulo y su apoyo para que el tratamiento sea satisfactorio.

ACTITUD DEL ODONTÓLOGO ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Actitudes hacia la enfermedad mental en residentes de psiquiatría y de otras especialidades.

Debido a que se piensa que existen diferencias significativas en relación con autoritarismo, benevolencia, restrictividad e ideología de la comunidad médica hacia la enfermedad mental se considera de suma importancia el conocer la actitud del odontólogo hacia la enfermedad mental para poder dar inicio al tratamiento dental.

Estos últimos puntos significan la tolerancia para la aceptación del enfermo mental en la sociedad. Estas características han comprobado ser influyentes dentro de los enfermos mentales; en los cuales se ha observado que son sumamente sensibles a las opiniones de otras personas sobre ellos, en particular tratándose de trabajadores de la salud mental, los que de múltiples formas influyen a lo largo de su tratamiento.

El concepto de actitud es entendido como la suma total de inclinaciones y sentimientos del hombre, prejuicios, temores, amenazas y convicciones sobre cualquier tópico específico, por lo cuál la actitud de un individuo es reconocida como una cuestión de índole subjetiva y personal.

Una definición tentativa de la actitud hacia la enfermedad mental sería aquella que sostiene que dicha actitud es una predisposición del individuo, la cuál es adquirida directa o indirectamente y que lo conduce a evaluar positiva o negativamente al enfermo mental. Esta predisposición en interacción con características disposicionales o situacionales, llevan al individuo a actuar frente a la

enfermedad mental dentro de un criterio que evalúa y varía desde una respuesta favorable a una respuesta netamente desfavorable.

Se cree que ya han mejorado las actitudes y que se acepta a la enfermo mental y que la enfermedad o patología mental se identifica como cualquier otra enfermedad., sin embargo se encuentran actitudes negativas hacia la misma en otros casos.

Este tipo de pacientes son sensibles a la opinión de las demás personas acerca de ellos, la situación anterior es relevante para los trabajadores de la salud mental ya que de estos depende en gran medida el futuro de los enfermos y la pronta rehabilitación de los mismos.

Se han realizado estudios en la población de trabajadores de la salud mental, ya que se recomienda que estos deben estar mejor informados sobre la etiología y expectativas en el paciente con trastorno mental, encontrándose divergencias aún entre especialistas altamente calificados.

Tan importante es la relación del trabajador de la salud hacia el paciente mental que se han establecido escalas para valorar las reacciones del trabajador hacia este; tales como la escala de actitudes hacia la enfermedad mental teniendo presentes los siguientes antecedentes:

En 1979 M. Dear y M. Taylor formaron un cuestionario uniendo parte de las escalas de Cohen y Struening y la de Baker y Sluber adicionando algunas modificaciones y dando como resultado un cuestionario de cuatro escalas:

Autoritarismo, Benevolencia, Restrictividad Social y la Ideología de la comunidad.

1. Autoritarismo: Es la visión de la enfermedad mental, el cual pertenece a una clase inferior y requiere de un manejo coercitivo.
2. Benevolencia: Es la visión paternalista y amable hacia los enfermos mentales cuyos orígenes se derivan de la religión y del humanismo, más que de la ciencia.
3. Restricción Social: Su creencia central radica en que el enfermo mental es una amenaza social, particularmente hacia la familia y por lo tanto debe de ser restringido su funcionamiento, tanto durante como después de la hospitalización.
4. Ideología de la Comunidad hacia la Enfermedad Mental: En la que se mide el grado de adherencia de un individuo a la ideología que prevalece en la comunidad sobre la enfermedad mental; incluye la idea de que son los enfermos mentales quienes buscan activamente ayuda psiquiátrica; la orientación de los recursos comunitarios al trabajo con pacientes y los esfuerzos preventivos, vía intervención ambiental.

En 1987 se realizó en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" un estudio con aplicación del cuestionario de actitudes ante el paciente psiquiátrico (AMI) con particularidades que se encuentran descritas en el trabajo de Lozano García, 1991.

De todo lo anterior se concluye que es sumamente importante el tener un adecuado y basto conocimiento tanto clínico como teórico de las diversas patologías mentales para poder llevar a cabo un tratamiento exitoso, de lo contrario la ignorancia y ciertas actitudes de desprecio hacia los enfermos mentales, podrían influir de manera directa a que el tratamiento no lograra obtener el resultado que se esperaba desde un inicio.

COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL

LA CONSULTA EN LA SALA.

Psicopatología y Psicodinámica.

Las consultas psiquiátricas y de otras especialidades en el hospital general presentan muchos problemas. La consulta rara vez es solicitada por el paciente. Si el paciente tiene visitas tendrán que ser despedidas antes de que empiece la entrevista, el medico deberá convertirse en observador participante en un grupo que comprende al paciente, al medico remitente, al personal dentro del consultorio, a los demás pacientes y a la familia del paciente.

El numero de consultas solicitada por diversos servicios depende, en gran cantidad, de las actividades distintas con respecto a la psiquiatría y de las relaciones personales entre los psiquiatras y las demás especialistas.

FACTORES PSICODINÁMICOS EN EL PERSONAL:

El consultante ha de comprender los factores psicodinámicos en la persona que solicita la consulta, puesto que con frecuencia, esta tiene más bien lugar en respuesta a las necesidades de dicha persona que a las del paciente. El momento de la consulta en el curso de la hospitalización del paciente, proporciona un buen indicio de la motivación del medico remitente y de lo que espera de la consulta.

El paciente puede presentar reacciones psicodinámicas. Como lo son la gran variedad de reacciones emocionales que van acompañadas de ansiedad o depresión.

Los síndromes preparativos tienen lugar, con más frecuencia, como resultado de temores, fantasías o recuerdos del pasado del paciente, que condujeron a determinadas anticipaciones llenas de ansiedad en relación al tratamiento. La ansiedad en relación al tratamiento. La ansiedad en este paciente es intensa y no responde a los elementos de seguridad, las explicaciones y el tratamiento simpatizante usuales.

Esta ansiedad se relaciona a menudo con las actitudes de la familia hacia los hospitales, los médicos y quirúrgicos.

Las experiencias de la niñez del paciente podrán haber incluido tanto relatos atemorizantes de médicos y hospitales como experiencias traumáticas.

El paciente presenta reacciones psicodinámicas al medio ambiente hospitalario, estas reacciones las tipifica el paciente que amenaza con irse, en contra del consejo médico o quirúrgico a pesar de su necesidad obvia. Otro ejemplo es el del paciente que no coopera o prescinde de las normas de la sala. Al tratar de comprender esta reacción, es necesario explorar la acción recíproca entre el paciente y el personal. No es raro que alguna rigidez u hostilidad de un miembro del personal, que ha sido dirigida hacia el paciente, sirva para desencadenar en este una psicopatología latente de modo que se convierta en un problema de tratamiento.

En ocasiones, el paciente reaccionara acaso a un medico, o a una enfermera, con una conducta basada en su relación de una persona importante de su vida pasada. Estas reacciones se ven facilitadas por la regresión que se produce en el medio ambiente hospitalario.

Hay algunos pacientes que no pueden tolerar confinamiento o restricción, y el proceso se ve acelerado además por la presencia de enfermedad física, de malestar, de procedimientos desagradables y de otras molestias inherentes a la hospitalización. La mayoría de los pacientes aceptan la hospitalización mientras se sienten enfermos, en cambio cuando su enfermedad mejora, algunos pacientes llegan a un punto en que se sienten ya bien pero deben permanecer todavía, con todo, en el hospital. Es entonces cuando se ponen de manifiesto los conflictos con la autoridad a los problemas de dependencia. En el servicio dentro del consultorio , un paciente de esta clase podría desorientar al personal con su actividad exagerada, la dramatización por el paciente de su incapacidad provoca a menudo al personal y lo enajena a medida que el proceso se va haciendo mas aparente, y esta hace que el personal se decepcione por falta de voluntad del paciente de cooperar con el programa de tratamiento. El paciente, en cambio, se siente totalmente mal comprendido y esta abrumado por sentimientos de desamparo y resentimiento.

La hospitalización conduce a regresión, desampara y a un nivel dependiente de adaptación en la mayoría de los pacientes. En algunos conducirá además de depresión . Si el paciente no esta en condiciones de permitir que sus ncesidades de dependencia sean satisfechas, una depresión moderada constiúye una respuesta normal a la enfermedad. Pero en el confinamiento del hospital, el paciente no solo esta privado del contacto cordial con sus seres queridos y sus amigos sino que pierde también los efectos, fortalecedores del ego, de sus actividades normales.

DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA:

La consulta en el consultorio presenta dificultades particulares, en la mayoría de las interconsultas se solicitan para satisfacer las necesidades del medico remitente mas que las del paciente, aunque en odontología se busca satisfacer en forma patente las necesidades del paciente.

Un repaso de la ficha del paciente con atención a las notas de enfermedad proporcionara datos valiosos relativos al problema psiquiátrico.

La relación del consultante con el medico remitente en odontologia no reviste una importancia primordial debido a que todos los datos determinantes del paciente se encuentra en el expediente clinico.

ACTITUD DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO ANTE LA CONSULTA DENTAL E INTERROGATORIO DEL ODONTÓLOGO

La actitud del Paciente Psiquiátrico va a ser indefinida, debido a los diferentes cambios de conducta, de manifestaciones y características físicas y emocionales de las patologías mentales.

Se considera muy importante tomar como puntos imprescindibles a la psicopatología y la psicodinámica para iniciar con el interrogatorio e inicio de la consulta dental y lograr que la actitud del paciente Psiquiátrico sea satisfactoria; por lo que a continuación se mencionaran datos fundamentales que deberán ser aplicados de acuerdo a las diversas enfermedades mentales que se trataron dentro del estudio.

Se encuentran síndromes clínicos correspondientes a cada una de las enfermedades mentales por lo que cada tipo de paciente que padece una enfermedad mental se comportara de manera diferente durante la entrevista por lo que se expone de manera siguiente instrucciones específicas para alteraciones y modificación es de la entrevista en cada síndrome.

PACIENTE OBSESIVO

Psicopatología y Psicodinámica

El individuo obsesivo esta envuelto en un conflicto entre obediencia y desafío. Esto conduce a una alternativa constante entre las emociones de miedo e ira.

El paciente obsesivo es el más fácil de reconocer, y la obsesión es el más estereotipado de los síndromes clínicos principales, la puntualidad, la escrupulosidad, la pulcritud, el orden y el cumplimiento estricto de las obligaciones se derivan de dicho temor de la autoridad.

Es importante darse cuenta de que, para el individuo obsesivo esta conducta no está motivada por fuerzas maduras, sanas o constructivas, si no que proviene de un miedo subjetivo. Esta comprensión hará que mucho de aquello que a primera vista no parece corresponder a la psicopatología adquiere un significado dinámico.

Otro conjunto de rasgos obsesivos proviene del elemento colérico. El desorden, la negligencia, la obstinación, la parsimonia y el sadismo se dejan derivar del enojo desafiante, es obvio que actualmente esta lista de rasgos incluye muchos opuestos; a esmero y negligencia, orden y desorden etc.

Estos rasgos contradictorios son características esenciales del individuo obsesivo.

Las contradicciones aparentes desaparecen al recordar más que el origen de dichos rasgos tienen sus raíces en conflicto de desafío y obediencia, ira y miedo.

El paciente obsesivo ha de mantener sus emociones contradictorias y, de hecho, todas las emociones en general lo más secretas posibles y a un secretas frente a si mismo. Esto conduce a uno de sus mecanismos de defensa más característicos esto así es el aislamiento emocional.

Las palabras y el lenguaje, esto es, los instrumentos del pensamiento, son también utilizados por el obsesivo en una forma especial. En efecto, no se utilizan para comunicar, sino que el obsesivo proporcionará una corriente abundante de palabras de las que, sin embargo, el entrevistante sólo

guardará un residuo inútil. Los detalles se utilizan más bien para oscurecer que para aclarar, produciendo así una gran cantidad de datos, pero sin información verdadera alguna.

DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA O INTERROGATORIO:

El problema principal está en establecer, en el interrogatorio, un contacto verdaderamente emocional. Las respuestas emocionales del entrevistante constituyen una vía excelente para obtener el éxito del interrogatorio. Si el entrevistante está interesado, si participa, si “armoniza”, es señal que el contacto se ha establecido. Si el entrevistante está aburrido o se siente indiferente, es que hay poco contacto.

El obsesivo abusará de cualquier modo de comunicación que sea al servicio del aislamiento.

Para llegar a este tipo de pacientes es necesario mirar a la persona, hablarle, escucharlo y prestar atención a lo que dice; así como es necesario así mismo ser espontáneo y expresivo y evitar el silencio.

PACIENTE HISTÉRICO

Psicopatología y Psicodinámica

El termino “ Histeria ” es uno de los mas antiguos en la literatura Psiquiátrica. El termino “ Histérico ” se sirve para describir exhibiciones emocionales no controladas. Los pacientes diagnosticados con reacción desasociativa o psicosis histérica se consideran como esquizofrénicos.

RASGOS DE CARÁCTER HISTÉRICOS :

En determinadas culturas y subculturas de nuestra propia sociedad, las personalidades histéricas son tan corrientes en los varones como en las mujeres.

La descripción clínica plena solo encaja en los casos más extremos, pero hay muchos pacientes con manifestaciones más sutiles, en su estructura, de histeria. En términos generales, los histéricos son personas atractivas que aportan mucho, con su encanto y su sensibilidad, al medio ambiente que nos rodea.

Son pacientes que utilizan la Autodramatización haciendo que el lenguaje, el aspecto físico y la manera general del paciente histérico son poco dramáticos y exhibicionista.

El paciente exagera con objeto de dramatizar un punto de vista y no le preocupa mayormente adherir rígidamente a la verdad, si alguna deformación redondea mejor el drama.

Emocionalidad: Aunque el histérico tenga dificultad en experimentar sentimientos reales de amor y amistad, su presentación superficial de una impresión totalmente contraria. Este paciente es simpático y se relaciona con los demás con cordialidad aparente, aunque sus reacciones emocionales sean lábiles, variables, y en ocasiones excesivas. La simpatía y la expresividad verbal de este paciente crean una impresión exterior de equilibrio y confianza en sí mismo, pero la imagen que el tiene de sí mismo es por lo regular, de aprehensión e inseguridad.

Seductividad: La intimidad física es sustituida por intimidad emocional. Es decir la conducta atractiva y seductora sirve para obtener la simpatía o la aprobación de los demás mas bien que por proporcionar placer sexual al paciente.

Dependencia y Desamparo: Estos pacientes requieren una gran dosis de atención por parte de los demás, Buscan constantemente la estimulación externa, y la conducta histriónica, seductora, excesivamente emocional y desesperadamente dependiente del histérico tiene por objeto atraer simultáneamente a otros, de modo que su interés y su aspectos continuos resulten asegurados cuando sus necesidades de dependencia no resulten satisfechas, estos pacientes se enojan en forma típica y se ponen exigentes y coactivos.

Carácter Desordenado: Muestran un carácter desordenado, falta de preocupación por la puntualidad, y dificultad en la organización de los detalles mecánico de la vida. El pensamiento histérico se ha descrito como impulsivo, fiándose el paciente mas bien en inspiraciones e impresiones repentinas que en juicios críticos, hijos de convicciones firmes.

Sugestionabilidad: Son pacientes exageradamente sugestionables en la medida en que el entrevistante proporciona las sugerencias apropiadas. esto es, aquellas que el paciente ha indicado, en forma sutil que desea.

Egocentrismo: La intensa necesidad de afecto y admiración del histérico crea una duda de egocentrismo. Los aspectos narcisístico y vano de su personalidad se manifiesta en la preocupación por su aspecto externo y por la cantidad de atención recibida por los demás.

Síntomas Somáticos: Las dolencias somáticas, que abarcan sistemas múltiples de órganos suelen empezar en la adolescencia del paciente y subsistir durante toda la vida. Es raro que estos pacientes se sientan físicamente bien por un periodo prolongado del tiempo. El dolor es el síntoma más corriente que implica con frecuencia la solicitud de ayuda.

DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA:

Para el paciente, obtener una respuesta favorable del médico que lo ayude a resolver sus problemas es sumamente necesario por lo que el entrevistante ha de desarrollar una relación que permita al paciente tanto continuar el tratamiento como facilitar la exposición de sus problemas.

PACIENTE FÓBICO

Psicopatología y Psicodinámica

El síntoma específico suele ser una condensación simbólica que incluye aspectos tanto de deseo o de impulso prohibidos, como de temor inconsciente que impide su satisfacción directa. Las defensas fóbicas conducen a una constricción general de las personas a medida que el paciente abandona la libertad y la actividad placentera, con objeto de evitar el conflicto y la ansiedad.

El término "fobia" se utiliza en ocasiones de modo inapropiado, basado psicodinámicamente en el miedo, aunque en su empleo clínico el término no sea sinónimo de miedo ya que se conoce que una conducta fóbica responde a una gran variedad de síndromes neuróticos y psicóticos.

SÍNTOMAS FÓBICOS:

El individuo fóbico se caracteriza por su empleo de la evitación como medio primario de resolver problemas. El da una explicación racional de su miedo, pero suele reconocer que esto sólo explica parcialmente sus sentimientos.

Los síntomas fóbicos progresan y se extienden con frecuencia de una situación a otra. El paciente fóbico típico trata de dominar sus temores. Al hacerlo, los cambios en la simbolización o el desplazamiento se traducen en sustitución de las fobias viejas por otras nuevas. Los nuevos síntomas serán acaso menos angustiosos para el paciente o implicarán una mayor ganancia secundaria, pero persiguen siempre evitar el mismo conflicto básico

RASGOS DE CARÁCTER FÓBICO:

El paciente evita una situación que representa un elemento de ansiedad, pero el miedo en el carácter fóbico, suele ser inconsciente. A menudo, se mezclan con el miedo interés o intriga.

Los rasgos fóbicos pueden ser básicos en la estructura de carácter. El individuo está preocupado por su seguridad y teme toda amenaza posible a la misma, imaginándose constantemente en situaciones de peligro, mientras obra con la mayor seguridad.

DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA:

El paciente fóbico relata fácilmente durante la parte inicial de la entrevista. Va a ella en busca de alivio, es cortés y se siente el deseo de hablar de sus problemas. El silencio y la resistencia surgen más adelante en la entrevista, pero los momentos iniciales están marcados por una aura de buena voluntad. A medida que la entrevista progresa, se va poniendo de manifiesto que la actitud agradable del paciente sólo se prosigue si el entrevistante coopera con las defensas del mismo, esto es, si le ayuda a evitar la ansiedad.

La tarea del entrevistador está en lograr una adecuada relación para asegurar la cooperación del paciente y sobre todo tener el conocimiento necesario de sus síntomas fóbicos ya que los problemas que se presentan al entrevistar a un paciente fóbico están a menudo encerrados en la exploración de estos.

PACIENTE DEPRIMIDO:

Psicopatología y Psicodinámica

La depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuanto a síntoma, la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas ya que otros no pueden ayudarle. Todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales.

podrán verse afectadas. Los síndromes clínicos de la depresión van desde psicosis graves a reacciones neuróticas y de adaptación moderados.

Las tendencias autodestructoras o masoquistas y depresivas coexisten con frecuencia en el mismo individuo.

El suicidio, complicación dramática de las depresiones serias, constituyen un fenómeno de importancia capital en la comprensión del funcionamiento psicológico de la persona deprimida.

Un síndrome corriente implica síndromes somáticos manifiestos, asociados a la negativa de trastorno afectivo, y estos pacientes son vistos a menudo por médicos de diferentes especialidades.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Los síndromes depresivos implican un trastorno afectivo característico, retraso y constricción de procesos de pensamiento, espontaneidad lenta y reducida de la conducta, relaciones sociales empobrecidas y cambios fisiológicos que resultan aumentados por preocupación hipocondriaca.

El paciente deprimido ha recibido un golpe en su autoestimación, esto puede resultar de la ruptura de una relación con objetos, ya sean externos o internalizados, o bien un golpe directo a su capacidad de adaptación.

DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA:

La entrevista con el paciente depresivo requiere participación activa del médico. El paciente quiere que el médico cuide de él y se interese en su tratamiento.

No basta ayudar al paciente a ayudarse a sí mismo, porque es el caso que necesita algo más y en forma sutil o abiertamente esto lo comunica el entrevistante.

El propio carácter de su enfermedad hace que sea pesimista acerca del resultado del tratamiento, y es más probable que sea un objeto pasivo o inmóvil que un colaborador activo. Además, sus patrones característicos de relacionarse conducen a problemas técnicos en la entrevista.

PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO:

Psicopatología y Psicodinámica.

El síndrome de la esquizofrenia es variado en su psicopatología, su psicodinámica, su etiología y su curso clínico. Dos pacientes diagnosticadas ambos como esquizofrénicos parecerán acaso totalmente distintos. Esta variabilidad ha conducido a la comprensión de la esquizofrenia no como una sola entidad, si no como un grupo de entidades clínicas.

El paciente esquizofrénico padece trastornos en diversas áreas de la función psicológica. El paciente esquizofrénico presenta un trastorno en la regularización y la expresión de sus aspectos o sus emociones. El entrevistante confía en las respuestas efectivas del paciente como guías en la

manera de relacionarse este con el y ha de adaptarse, por consiente, al modo de comunicación efectiva del mismo.

El paciente experimenta dificultad en organizar sus pensamientos según las normas usuales de la lógica y de la realidad. Sus ideas emergen en una sucesión confusa y desconcertante. Todo aspecto concebible de organización es potencialmente deficiente, según lo ejemplifican la falta de importancia, la incoherencia, el carácter tangencial, la circunstancialidad, etc.

Carece típicamente de iniciativa y motivación: está aburrido, desganado, y es apático. No se preocupa por lo que ocurre y no tiene interés en hacer algo, temiendo que cualquier actividad pueda ponerla de manifiesto como inapropiado y ridículo. Por lo que conduce a menudo frustración y desconfianza en los demás, aumentando así el aislamiento del paciente.

El entrevistante puede superar esta defensa buscando las áreas en las que el paciente permanece capaz de experimentar interés y explorando, al propio tiempo, los temores que inhiben el interés en el resto de su vida.

El negativismo constituye otra anomalía característica de la conducta. Este paciente se relaciona del entrevistante, pero afirma, al propio tiempo, su propia independencia y su propio control, haciendo lo contrario de aquello que se le pide. El entrevistante puede facilitar el establecimiento de una relación más flexible indicando que acepta la importancia de la dependencia del paciente y que está de acuerdo con ella.

La conducta del paciente esquizofrénico es a menudo desorganizada e inapropiada. experimenta dificultades en relacionarse con otros. Tiene pocos amigos y no confía en la gente, ya que su conducta en sus relaciones con los demás son de una forma errática e inconsciente.

La desconfianza, el miedo de intimidad, la ambivalencia y la dependencia adherente del esquizofrénica influyen todos ellos en sus contactos humanos y determinan así la calidad general de su conducta de transferencia hacia el entrevistante.

DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA:

Resulta difícil establecer una relación emocional con un paciente esquizofrénico. En efecto su sensibilidad interesa al rechazo le conduce a protegerse mediante el empleo de aislamiento. La entrevista del paciente esquizofrénico requiere modificación. El paciente se siente rechazado si el entrevistante no hace mas que reconocer sus necesidades. Es necesario que el medico transmita su comprensión en forma más activa, revelando su propia respuesta emocional o proporcionando satisfacción simbólica o de muestra a las necesidades del paciente.

PACIENTE PARANOIDE:

Psicopatología y Psicodinamica.

Se encuentran mecanismos paranoides en todo el mundo y estos podrán ser dinámicamente destacados en una gran diversidad de trastornos esquizofrénicos, psicopáticos, orgánicos y

neuróticos. Cuanto más alta es el grado de la paranoia, tanto más difícil resulta la entrevista, ya que el paciente paranoide resiste al establecimiento de una relación de trabajo.

RASGOS DE CARÁCTER PARANOIDES:

La persona paranoide tiene comportamiento de ansiedad, tensión y básicamente insegura acerca de sí misma, desconfía de los demás; no tiene coincidencia de sus propios impulsos agresivos, pero teme en cambio, ser atacado y tratado de moda injusta por los demás. justificando en esta forma su propia conducta secreta y excluyente.

Su incapacidad para relacionarse en forma realista a los demás le hacen sentir torpe e incomodo en situaciones sociales. Toda desatención la resiente como un rechazo personal.

Los paranoides crean otra impresión de capacidad e independendia, que hace que, ni resiste, ni aceptan ayuda de otros. Tienen la convicción de sus opiniones e insisten en que tienen la razón. Su falta de tacto y sus actitudes de superioridad, arrogancia y grandeza crea una barrera de aceptación hacia las demás personas.

DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA:

El enojo del paciente paranoide constituye un rasgo destacado en la entrevista inicial. Este podrá manifestarse como retraimiento negativo, como enojo obstruccionista, como impulso de asalto o como exigencias irracionales. Una vez la entrevista en marcha, la desconfianza

profunda del paciente presenta los problemas complementarios. Su hipersensibilidad y su temor de rechazo hacen una interpretación y la confortación extremadamente difíciles; en cambio, si se logra una adecuada relación entre el médico y el paciente podría darse un cambio de actitud ante el tratamiento por parte del paciente.

PACIENTE SOCIOPÁTICO:

Psicopatología y Psicodinámica.

Tanto al término “psicópata” como el término en un poco más eufemístico, a menudo preferido, de “Sociópata” contienen implicaciones fuertemente negativas. El término se aplica a una gran diversidad de síndromes clínicos y se utiliza para referirse tanto a rasgos psicopatológicos como psicodinámicos. Algunos de los problemas de la entrevista con el psicópata se esclarecen mediante un estudio de las fuentes de los sentimientos negativos que este paciente provoca de modo tan consistente.

Se ve al paciente como saliendo adelante con una conducta que es satisfactoria o agradable, pero que es conflictiva para las personas normales o les está prohibido.

El psicópata no se adapta a normas sociales y su “psicopatía” realiza una conducta social desfavorable, implicando que determinadas experiencias de desarrollo y determinados patrones psicodinámicos han conducido a trastornos fijos de la conducta, que son antitéticos con las normas morales básicas de la sociedad en que la persona fue educada.

El individuo psicopático que no desarrolla control sobre la expresión de sus necesidades básicas, conserva impulsos relativamente primitivos como motivos primarios, es impaciente y hedonista. La incapacidad del paciente de controlar o modular sus impulsos conduce a expresiones de agresión.

Al psicópata se le describe a menudo como alguien que siente pura ansiedad o bien ninguna, reduce al mínimo su conducta desafiante, con el objeto de alterar el curso de sus relaciones sociales.

El interés emocional de este paciente está centrado narcisísticamente en sí mismo. El paciente Psicopático se preocupa más por la manera de satisfacer sus necesidades, de modo que su estilo básico en las relaciones interpersonales está en congraciarse, aprovecharse y explotar.

DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA:

La conducta del paciente en la entrevista no es consistente, podrá ser encantador, atractivo y superficialmente cooperador, aunque simultáneamente clásico y falso. Mas adelante por parte del entrevistante, podrá hacerse poco cooperador o manifiestamente irritado. Esta actitud podría aparecer inicialmente si el paciente ha sido obligado a ser al médico.

El paciente psicopático estudia al entrevistante desde el primer momento mismo de contacto. Busca disimuladamente desde el primer momento de contacto. Busca disimuladamente pruebas que

le ayuden a decir si el medico es fiable y al propio tiempo mentalmente todo signo de debilidad o incertidumbre de parte del médico.

La acción es mucho más importante, para el individuo psicopático, que el pensamiento a la comunicación. Un problema importante en la técnica de la entrevista proviene de la tendencia a actuar antes de hablar o en lugar de hablar. No ve que el hablar a otra persona pueda servir de algo, a menos que dicha persona sea un medico para fin concreto.

Si la entrevista es conducida con una percepción clara de las líneas básicas generales de la psicodinámica del paciente, podrá constituir una experiencia satisfactoria, tanto para el paciente como para el medico tratante.

PACIENTE CON SÍNDROME ORGÁNICO DEL CEREBRO:

Psicopatología y Psicodinámica.

Hay una gran diversidad en la fenomenología y la gravedad de los síndromes orgánicos del cerebro, por lo que dichos síndromes se ha clasificado tradicionalmente, según criterios clínicos, en formas agudas y crónicas.

DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA:

Resulta difícil describir una entrevista típica, del paciente orgánico, tal como se ha hecho de los demás síndromes. Los diversos cuadros clínicos les crean problemas distintos a los

entrevistantes. De modo general, determinan el carácter de la entrevista tanto el grado de la organicidad como la constelación de síntomas dominantes.

Al examinar al paciente orgánico, el médico se inclina a menudo a concentrar su atención en el estado mental. El paciente orgánico descubre rápidamente el interés del médico, y responde al respecto de este como lo hace todo el mundo, esto es, mostrando una mayor disposición de cooperación. Este paciente necesita un apoyo considerable y no reaccionará favorablemente al médico que se mantiene distante o manifiestamente neutral. Aunque por regla general, una actitud cordial interesada y amable sea deseable, en determinadas situaciones concretas el entrevistante podrá criticar, con toda, o desaprobación. Esto será necesario a caso para modificar una conducta socialmente inaceptable, destructora, en última instancia, para el propio paciente.

Se recomienda una entrevista breve si el paciente se cansa fácilmente, tener al paciente con un reconocimiento como persona; es decir identificar la dolencia principal y establecer una breve historia de la enfermedad presente, y luego dirigir su alteración a los antecedentes personales del paciente y a su situación de vida actual. Por lo que se menciona el dejar un tiempo considerable al paciente, esto es; el entrevistante puede apreciar el esfuerzo aumentado que necesita el paciente para comunicarse con el médico y dejar, por consiguiente, más el tiempo para que pueda formular las respuestas.

REHABILITACIÓN BUCAL EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

La rehabilitación es una ciencia médico-pedagógica-social que está en plena estructuración, con un componente preventivo muy evidente. Se fundamenta en tres conceptos: persona humana, enfermedad y rehabilitación.

En la enfermedad mental se produce una condición de inferioridad de la persona frente a las exigencias del medio físico y socioeconómico.

Desde un punto de vista técnico la rehabilitación incluye un conjunto de procedimientos y tratamientos destinados a colocar al individuo que padece enfermedad mental, en la barrera mínima de su incapacidad y en el límite máximo de sus posibilidades.

Rehabilitación Física. Dentro de la cuál se incluye a la odontología, teniendo como objetivo principal el tratar de recobrar la salud bucal del paciente psiquiátrico.

Rehabilitación Psicológica. Tiene por objeto estimular la autoconfianza y conectar al individuo con su medio para lograr su recuperación física y una actitud de comprensión hacia sus problemas. Esta rehabilitación, va íntimamente ligada con la rehabilitación odontológica que va a dar la pauta para poder iniciar con el tratamiento dental.

Para iniciar la rehabilitación bucal del paciente psiquiátrico va hacer necesario entablar un trabajo de equipo en el que intervendrán:

- 1) El Médico Psiquiatra, el cuál nos proporcionará información detallada sobre la alteración psiquiátrica del paciente y sobre su comportamiento.

- 2) Personal de Enfermería que serán los encargados de llevar junto con el paciente, su expediente clínico, dentro de este se encontrarán descritas algunas de las órdenes médicas que se deberán respetar, tales como lo son: referencias sobre alergias a fármacos, la actitud y comportamiento que reflejaron a lo largo del día o bien durante la consulta o interrogatorio psiquiátrico, la administración de diversos psicofármacos, y si el paciente padece algún tipo de enfermedades sistémicas como (diabetes, hipertensión o hipotensión, etc.) esta última información no se menciona en la mayoría de los expedientes, ya que se da mayor importancia a la historia clínica psiquiátrica.
- 3) Asistente Dental que desempeña funciones específicas de la odontología como: el manejo de instrumentación y manipulación de los diferentes tipos de materiales dentales que se utilizan durante la sesión del tratamiento odontológico.
- 4) Personal Auxiliar, trabajo que podrá ser desempeñado por especialistas en enfermería o bien personal de seguridad y es requerido sólo en los casos en que la actitud y comportamiento del paciente psiquiátrico sea agresivo heterodirigida.
- 5) El odontólogo, el cuál iniciará la rehabilitación bucal usando las diferentes técnicas que existen para el tratamiento de las diversas patologías dentales que llegasen a presentar los pacientes psiquiátricos.

La rehabilitación odontológica está considerada como una restauración física en el individuo.

Los principios generales de dicha rehabilitación se aplicarán indistintamente a cualquier grupo de edad pero las técnicas variarán en cada caso y en cada individuo por razones obvias.

La rehabilitación bucal deberá ser otorgada a toda persona que la requiera y no puede ser, por lo tanto, de exclusividad de una sola persona o de un solo grupo profesional.

Debe ser la labor de un equipo participativo de especialistas en la salud (médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos, etc.) en la cuál se debe procurar adquirir siempre, una mentalidad de honestidad, de amor a nuestro trabajo y al ser humano que estamos tratando, pero sobre todo logrando el resultado que desde un inicio se trazó, el lograr la adecuada rehabilitación bucal a nuestro paciente psiquiátrico.

DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO, Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON ALTERACIÓN PSIQUIÁTRICA

Se describirá de manera siguiente el diagnóstico odontológico como factor predominante para dar inicio al tratamiento dental y poder obtener un pronóstico dental de las patologías bucales que se mencionaron dentro del capítulo tercero del presente estudio.

Es importante que se discuta la importancia del diagnóstico.

Se ha dicho que el diagnóstico es la habilidad del clínico para descubrir o advertir la presencia de una anomalía. También se ha definido como la habilidad del clínico para reconocer o identificar una anomalía específica, en esencia, la habilidad para dar un nombre al proceso patológico.

Ya que el objetivo último del diagnóstico, es sugerir y proporcionar una base segura para que el plan terapéutico sea el más adecuado, el diagnóstico llega a ser, en realidad, un requisito indispensable del tratamiento.

La habilidad y destreza del clínico para descubrir, reconocer y saber la naturaleza del proceso patológico es referida como una de las definiciones más satisfactorias, en otras palabras, estar familiarizado con las cualidades, la evolución y el desarrollo (patogenia) de la anomalía.

Para tener éxito en el diagnóstico, se deben conocer no solo los signos clínicos de la enfermedad, sino también aquellas facetas relacionadas con ella, como las causas, patogenia y sus manifestaciones.

El diagnóstico es el reconocimiento de un problema y el tratamiento su solución. Por lo general se acepta en las profesiones de la salud que cualquiera que no ha sido diagnosticado, no puede ser tratado o que cualquiera que tiene un diagnóstico erróneo no puede ser tratado de otra manera que equivocadamente.

Lo esencial para que un diagnóstico y un plan de tratamiento sea correcto es el identificar una desviación de lo normal, en la odontología como en cualquier otro campo. Es esencial tener un cuadro claro de lo que es normal, antes de intentar reconocer cualquier desviación de ese estado. Esto incluye un reconocimiento de los dientes normales y no cariados, del tejido blando sano y enfermo y de la oclusión aceptable y no aceptable, asumiendo un conocimiento de las ciencias médicas básicas y clínicas. Sólo con esta base el odontólogo puede proceder a un plan de tratamiento preciso y completo.

El diagnóstico completo y exacto comprende cuatro etapas:

- 1) Obtener un cuestionario escrito completo acerca de la salud del paciente. La información detallada de la salud del paciente psiquiátrico estará descrita dentro de su expediente clínico.
- 2) Entrevistar a familiares del paciente psiquiátrico para tener un mayor conocimiento sobre sus hábitos de higiene y la conducta que presentan hacia estos hábitos dentro de sus hogares (solo en el caso de pacientes que se encuentran controlados a base de la

administración de psicofármacos y no requieren de la estancia dentro del hospital psiquiátrico. por lo que son remitidos a sus hogares).

- 3) Realizar un examen extrabucal e intrabucal.
- 4) Realizar estudios adicionales como: toma de radiografías (rayos x), modelos de estudio etc. En ocasiones y por la condición del paciente psiquiátrico no es posible realizar estos estudios de manera minuciosa, ya que la consulta dental a este tipo de pacientes debe ser de sesiones cortas y no se deben prolongar por mucho tiempo. Se deberán realizar tratamientos que sean efectivos, rápidos y que logren devolver la funcionalidad bucal.

Si el odontólogo examina cada uno de estos puntos se podrá establecer un conjunto de condiciones como guía para relacionar el tratamiento dental en cada enfermo mental tal y como se presenta.

De acuerdo al pronóstico cabe mencionar que este, sólo se puede mejorar mediante la realización de un buen tratamiento dental.

A continuación se mencionaran las medidas que se deben llevar a cabo para poder otorgar un pronóstico e iniciar el plan de tratamiento a cada una de las patologías bucales presentes en el paciente psiquiátrico:

Macrognesia:

La corrección quirúrgica es factible. La osteotomía o resección de una porción mandibular para disminuir su longitud, es en la actualidad un procedimiento establecido, dando excelentes resultados tanto desde el punto de vista funcional como estético.

Esta técnica no se realiza dentro de la unidad de odontología ya que sólo especialistas capacitados como cirujanos maxilofaciales podrían realizarla.

Dientes Impactados:

El tratamiento de un diente impactado depende en gran parte del diente afectado y de las circunstancias individuales. En algunos casos, como en los caninos impactados, la oclusión normal es posible mediante un aparato ortodóntico adecuado, tratamiento que por las condiciones del paciente psiquiátrico resulta inadecuada. Sin embargo, casi todos los dientes impactados deben retirarse mediante cirugía dental.

Pulpitis Aguda:

Tratamiento y pronóstico. No existe un tratamiento eficaz de la pulpitis aguda que afecta a la mayor parte de la pulpa, que pueda preservarla. Una vez que se presenta este grado de pulpitis, el daño es irreparable. En ocasiones, la pulpitis aguda puede quedarse latente y entrar a una etapa crónica.

En las etapas muy tempranas de la pulpitis aguda que afecta sólo una zona limitada de tejido, existen datos que indican la pulpotomía (la remoción de la pulpa coronal) y la colocación de un material blando que favorezca la calcificación, como el hidróxido de calcio, en la entrada de los canales radiculares, pudiendo dar como resultado la sobrevivencia del diente. Esta técnica también se usa en casos de exposiciones pulpares mecánicas sin infección obvia.

Los dientes que se encuentran afectados con pulpitis aguda pueden ser tratados mediante la obturación de los conductos radiculares con un material inerte, teniendo cuidado que la cámara pulpar y los conductos radiculares se puedan esterilizar.

Cuando la pulpa se abre al principio para evacuar cualquier pus, con frecuencia se escapa una gota de líquido de color amarillento, y si la operación se realiza sin anestesia, el paciente de inmediato siente alivio o dolor.

Existen numerosas técnicas para el tratamiento eficaz del conducto radicular.

El pronóstico es reservado en el paciente psiquiátrico debido a que es un tratamiento muy minucioso y el paciente presenta por lo regular nivel elevado de ansiedad y no permite sesiones prolongadas, ni tratamientos que se lleven por varios días.

Pulpitis Crónica:

Tratamiento y pronóstico. El tratamiento de la pulpitis crónica no difiere gran cosa de la pulpitis aguda. Tarde o temprano se pierde la integridad del tejido pulpar y se necesita ya sea del tratamiento de los conductos radiculares o de la extracción del diente.

Bruxismo:

Tratamiento y pronóstico. Si la causa subyacente del bruxismo es del tipo emocional, se debe corregir el factor nervioso si se va a curar la enfermedad. En el caso del paciente psiquiátrico dicho factor es disminuído bajo la medicación de psicofármacos.

El tratamiento puede consistir en la construcción de férulas removibles para usarse en la noche, con objeto de inmovilizar los maxilares o de guiar los movimientos de tal manera que sea mínimo el daño periodontal.

Si la enfermedad se deja sin tratar, pueden resultar graves alteraciones periodontales, temporomandibulares, o ambas.

El pronóstico en el paciente psiquiátrico es reservado.

Fractura de Dientes:

Tratamiento y pronóstico. Depende fundamentalmente de si la pulpa dental ha sido penetrada por la fractura y si está afectada la corona o la raíz del diente.

Si existe fractura coronal sin que esté lesionada la pulpa, por lo regular se mantiene la vitalidad del diente, aunque pueda existir una hiperemia pulpar moderada incluso cuando la dentina que la cubre es relativamente gruesa. Si la dentina que esta sobre la pulpa es muy delgada, las bacterias penetran los túbulos dentinales, infectan la pulpa y producen pulpitis, que conduce a la muerte de la pulpa.

Cuando la vitalidad se mantiene, por lo regular se deposita una capa de dentina secundaria sobre los túbulos dentinales afectados. El diente puede estar sano y ligeramente flojo debido a la lesión traumática, pero por lo regular no hay dolor intenso.

Una corona dental fracturada que expone a la pulpa, es un problema más serio, pero la exposición no necesariamente implica que ocurrirá la muerte de la pulpa.

En algunos casos la exposición se puede recubrir con hidróxido de calcio, y se formará un puente dentinal como parte de la reacción de cicatrización. Sin embargo, con frecuencia puede ser necesario hacer pulpotomía o pulpectomía en dientes temporales o bien el tratamiento de conductos en dientes permanentes, esto debido a que la pulpa se infecta casi inmediatamente después de la lesión.

Cuando ocurre una fractura, el diente presenta movilidad y dolor, y puede presentarse un desplazamiento de la porción coronal del diente.

Al presentarse traumatismo a nivel de raíz o furca se recomienda la extracción del diente.

El pronóstico se encuentra reservado.

Osteítis Alveolar:

El tratamiento es sintomático, consistiendo en un suave desbridamiento y en la medicación analgésica en un vehículo apropiado que la mantenga dentro de la cavidad. Es rara la destrucción que conduzca a una infección amplia.

Este padecimiento es muy doloroso, por lo que se recomienda la inserción de un material de relleno que contiene un amortiguador. El hueso expuesto está necrosado y es común el secuestro de fragmentos. La cicatrización de dichas heridas infectadas es extremadamente lenta, y poco se puede hacer por el paciente más que aliviarlo de los síntomas subjetivos.

Se sugiere que las complicaciones en la cicatrización de la herida por extracción en los alvéolos se puede eliminar o al menos disminuir en frecuencia y gravedad mediante la inserción de un agente u otro en el alvéolo dental en el momento de la extracción, al igual que

la utilización de fármacos que se cree que acelera la formación del coágulo sanguíneo, y protege al alvéolo contra la infección bacteriana, así como promueve la cicatrización.

Dichas sustancias antibacterianas incluyen la utilización de ciertas sulfonamidas o antibióticos.

Probablemente el método de tratamiento más viejo y más ampliamente usado para el "alvéolo seco" es la medicación paliativa y permitir que la naturaleza cicatrice la herida. Existen muchos medicamentos paliativos que se han usado, como la gasa yodoformada con diversos materiales de revestimiento incorporados, el óxido de zinc y eugenol, y un gran número de compuestos comerciales.

Los diversos estudios con respecto a la prevención de las complicaciones de la cicatrización de las heridas por extracción indican que el uso rutinario de agentes que se insertan dentro de los alvéolos tienen un valor cuestionable.

Probablemente el factor individual más importante en la prevención de las complicaciones por extracción es el manejo cuidadoso de los tejidos vivos.

El dentista se debe esforzar en provocar tan poco trauma como sea posible, quizá consistente con el feliz término de la operación.

El pronóstico es favorable siempre y cuando el paciente psiquiátrico lleve a cabo las indicaciones que se le recomiendan.

Gingivitis:

Tratamiento y pronóstico. La mayor parte de los casos de gingivitis crónica se deben a la irritación local.

Si se eliminan los irritantes en esta etapa, la inflamación concomitante debida a la hiperemia, y al edema, desaparecerá en el lapso de horas o de unos pocos días, sin dejar daño permanente.

El hecho de que por lo regular después de la eliminación de los irritantes se presenta una recuperación, subraya la necesidad de realizar un cuidadoso tratamiento temprano, seguido por un cepillado dental adecuado y una profilaxia frecuente.

Si existe una mala respuesta a una buena terapéutica local, se debe hacer una investigación para determinar los factores sistémicos que podrían estar complicando el caso.

El pronóstico es reservado para pacientes psiquiátricos.

Hiperplasia Gingival Causada por Dilantín Sódico:

La irritación crónica leve del tejido gingival puede causar una hiperplasia localizada del tejido fibroso. Por tanto, el tratamiento consiste en eliminar la irritación local. Si la hiperplasia fibrosa es demasiado extensa, es conveniente realizar la excisión quirúrgica.

Puede ser tan intenso el agrandamiento que interfiera con la función, y por esta razón se debe extirpar por medio de cirugía. Por desgracia, es común la recurrencia. Se ha encontrado que la higiene bucal cuidadosa da como resultado un desarrollo más lento de la hiperplasia, y una recurrencia más lenta después de la extirpación quirúrgica. Puede ocurrir cierta regresión de la hiperplasia si se descontinúa la droga.

Pronóstico: Reservado.

Caries Dental:

Tratamiento y pronóstico. Es necesario realizar la eliminación de la lesión cariosa, a través de métodos físicos los cuáles han sido diseñados para la remoción del tejido afectado y para la preparación real de la cavidad, o bien por algunos instrumentos cortantes, o con los diversos medicamentos y materiales de obturación que se insertan en la cavidad preparada.

Se han sugerido las siguientes medidas empíricas:

- 1) La *Odontología Reparadora*: En sí misma la medida más importante. No deben descuidarse los dientes tanto temporales como permanentes ya que provocan cierto tipo de infección y puede ocasionar la pérdida prematura de estos afectando la salud bucal.
- 2) La higiene adecuada de la boca reduce la flora bacteriana y el substrato: es de gran utilidad el empleo de dentríficos aplicados con cepillo dental y los lavados bucales. El cepillo de *dientes eléctricos* aumenta la eficiencia para limpiar las superficies dentarias, pero no se ha demostrado que esto tenga relación con una menor frecuencia de la caries. Los

ingredientes terapéuticos que no sean fluoruros incorporados a los dentríficos son de beneficio dudoso.

- 3) Reducción de los carbohidratos (principalmente sacarosa) y alimentos pegajosos (por ejemplo, jaleas, galletas, alimentos que tienden a adherirse a la superficie dental por periodos prolongados) lo que reduce el substrato utilizable, y, con ello, la producción del ácido y la descalcificación.
- 4) Las aplicaciones locales (por un odontólogo) de fluoruro determinan la formación de una estructura dentaria más resistente a los ácidos. Debe tomarse en cuenta este procedimiento si existe un problema clínico en el control de la caries aún cuando el paciente haya sido expuesto a agua fluorada durante el desarrollo dental. Si la fuente de agua no es fluorada, se recomiendan suplementos adicionales de fluoruro bucal diariamente.

El tratamiento de la caries se definirá según el grado de destrucción que presenten los dientes:

- a) C1. Colocación de selladores de fosetas y fisuras o resinas preventivas. Se recomienda llevar a cabo "medidas de control", como la realización periódica de profilaxis y odontosexis con la aplicación de flúor.
- b) C2. Eliminación de caries y colocación de resinas u amalgamas como materiales de obturación.
- c) C3. Colocación de restauraciones que sean capaces de soportar cargas masticatorias sin llegar a la fractura de estas y que reconstruyan la cantidad de tejido que fue perdido por la presencia de caries. Se recomienda la colocación de recubrimientos pulpaes o si llegase a presentarse el caso, la realización de tratamiento de conductos.
- d) C4. Indicada la extracción.

El diagnóstico variará según el tipo de caries que se presenta.

Periodontitis:

En general, el tratamiento de esta patología o enfermedad periodontal, como la de otras, depende de la eliminación de los factores etiológicos, tanto locales como sistémicos, del mantenimiento de una buena higiene bucal y del establecimiento de una articulación armoniosa y estable sin interferencias traumáticas.

Tratamiento y pronóstico. Las perspectivas de conservación del diente se alteran con la periodontitis y dependen básicamente de la capacidad del paciente y del equipo estomatológico de controlar los factores etiológicos.

El pronóstico suele ser desesperanzador. El factor más importante en el resultado del tratamiento periodontal consiste en la colaboración del paciente psiquiátrico en el control de la placa. Si no se realiza un control diario y efectivo de la placa dental, el pronóstico a largo plazo suele ser muy desfavorable, con independencia de la gravedad del proceso en el momento de iniciar el tratamiento.

El resultado del tratamiento periodontal depende íntimamente de que el paciente comprenda la causa de su enfermedad y de su deseo de colaborar en la higiene bucal para mantener sano el tejido parodontal. A la hora de diseñar un plan de educación del paciente hay que recordar lo difícil que resulta motivar a las personas a cualquier actividad. Sin embargo, cuando uno mismo está motivado, las posibilidades de que los consejos fructifiquen a largo plazo serán mayores.

En la actualidad el tratamiento de la periodontitis se dirige fundamentalmente a reducir la cuantía o a cambiar la composición de la placa dental supra y subgingival. Si se identifican, deben tratarse las causas sistémicas, aunque el tratamiento local suele ser necesario para controlar las bacterias que inician la inflamación. El objetivo global del tratamiento consiste en eliminar, o al menos reducir al máximo la inflamación gingival. De esta manera se elimina el foco de inflamación y reabsorción de las capas más profundas. La lesión de la periodontitis tiende a originarse y repararse por propia iniciativa, aunque debido a la irritación continua no siempre se completa su curación. El tratamiento periodontal pretende crear un ambiente dentogingival que favorezca esta curación.

El tratamiento de la periodontitis se divide en tres fases fundamentales:

Fase I: Tratamiento periodontal inicial.

Fase II: Corrección de las enfermedades anatómicas.

Fase III: Tratamiento periodontal de mantenimiento.

La Fase I se refiere a la comunicación entre terapeuta y paciente y a la eliminación del mayor número posible de factores etiológicos sin recurrir a la cirugía periodontal, restauradora o protésica.

La Fase II comprende la corrección de las deformidades anatómicas, como las bolsas periodontales, las piezas dentales ausentes y las situaciones de falta de armonía oclusal que se desarrollan como consecuencia de las enfermedades bucales previas y que predisponen a la perpetuación o recidiva de la enfermedad periodontal.

La Fase III del tratamiento comprende todos aquellos procedimientos que se efectúan *periódicamente para prevenir las recidivas de la enfermedad periodontal.*

La indicación por los antibióticos está determinada por la gravedad de signos y síntomas.

El lavado local y los lavados bucales con agua oxigenada habitualmente determinan la regresión de la sintomatología aguda y permiten emplear procedimientos sistemáticos subsiguientes.

El legrado o la gingivectomía (o ambos), al reducir el exceso de tejido gingival, ayudan a prevenir la formación de “bolsas parodontales” que predisponen a las infecciones periodontales agudas. En algunos pacientes, dado el carácter avanzado de la lesión (destrucción ósea) a la posición del diente (especialmente los terceros molares), está indicada la extracción.

En algunos enfermos, la enfermedad periodontal se presenta a pesar de una buena higiene y sin causa obvia. Los programas de atención dental regular (legrado periódico y procedimientos gingivales u óseos) y el cuidado en el hogar (cepillado, empleo de hilo dental y enjuagues) para eliminar las placas, lentificarán cuando menos el proceso de destrucción ósea alveolar.

Mediante el tratamiento periodontal completo cuidadoso, se pueden llegar a salvar los dientes que se encuentren implicados en la enfermedad periodontal siempre y cuando la pérdida de hueso no haya sido demasiado extrema.

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO BUCAL EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

De manera siguiente se mencionará como factor fundamental para poder llevar a cabo el control y seguimiento del tratamiento bucal a la medicina y odontología preventiva: en las cuales se manifiestan todas las técnicas médicas para prevenir la enfermedad y para fomentar la salud.

La prevención es un aspecto de la medicina general; esta incluye prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación. Es, pues, el médico práctico el que debe ejercer la medicina preventiva junto con la medicina general o con cada una de sus especialidades.

La educación, que es uno de los pilares de la prevención, no es una técnica médica, pero la medicina preventiva la usa eficazmente para sus fines y la ha incorporado como cosa propia a través de la llamada educación sanitaria. En el sentido estricto del término, la medicina preventiva incluye sólo técnicas de naturaleza médica, aplicables por médicos o trabajadores de la salud, a través del individuo; por lo tanto, es considerada como una actividad clínica.

Para ejercer la medicina preventiva se pueden usar muchas técnicas, pero tiene tres caminos básicos que se deberán tomar en cuenta: examen de salud, higiene personal, educación sanitaria del individuo y su grupo familiar.

La odontología es otro campo de acción en el que la prevención tiene mucho que hacer. El valor de la corrección temprana de los defectos dentales posteriores, no sólo es importante para la higiene bucal sino también para la prevención de trastornos posteriores.

Se requiere como odontólogo estar enterado de los diferentes grados de prevención y como relacionarlos para el control de las enfermedades bucales:

- 1) Prevención Primaria: Tomar las medidas adecuadas para asegurarse de que no parezca alguna enfermedad. La cuál es posible realizarla al paciente psiquiátrico por medio de tratamientos preventivos como lo son la aplicación de flúor como tópico local y la realización de odontosexis y profilaxis.
- 2) Prevención Secundaria: Detectar una enfermedad incipiente y detener su progreso con la simple restauración o mediante medidas reparadoras. Este tipo de prevención se practica en el paciente psiquiátrico en el momento que son remitidos a la unidad de odontología.
- 3) Prevención Terciaria: Tratar una enfermedad ya bien establecida con el fin de reducir o eliminar, los efectos macroscópicos de la destrucción teniendo como resultado el lograr la restauración en este caso odontológica y dar una función que sea saludable y que sea capaz de resistir los ataques ulteriores del proceso de la enfermedad.

El odontólogo en general ha comenzado su control de la enfermedad en el segundo periodo. Su entrenamiento los preparó para buscar meticulosamente caries tempranas y el enfrentarse con esto fue considerado como el mayor enfoque posible.

Nuestra primera finalidad debe ser el mantenimiento o conservación de la salud bucal del paciente psiquiátrico siempre y cuando este no lo permita. Al mismo tiempo debemos estar interesados en la sensación de bienestar general del paciente.

La prevención de las enfermedades dentales no es un proceso simple, porque la incubación de ellas empieza muy tempranamente, con el desarrollo mismo del tejido óseo que formará los dientes.

Los conocimientos en la odontología preventiva han aumentado mucho en los últimos años. La higiene dental preconiza actualmente el cuidado personal de la dentadura, el control de la dieta de mujeres que se encuentren en estado de gestación, los exámenes periódicos de salud dental, el tratamiento reparador de los dientes deteriorados, etc.

La prevención de dichas enfermedades plantea actualmente, igual que de las demás enfermedades, un problema colectivo y otro personal. El primero tiene que ver con la calidad de la alimentación popular, la existencia de flúor en las aguas de bebida y la organización de programas colectivos de control de la salud dental de la población. El segundo aspecto corresponde al individuo y a su higiene personal.

El control y seguimiento del tratamiento bucal en el paciente psiquiátrico tiene un pronóstico poco favorable, esto debido a que en este tipo de pacientes resulta poco probable llevar a cabo este control del tratamiento por tiempos prolongados.

Esto es, pacientes internos en el hospital psiquiátrico, deberán abandonar las instalaciones de este, una vez dados de alta o bien una vez que su alteración psiquiátrica haya sido controlada y pueda permanecer de esta manera bajo la administración de psicofármacos, lo cual servirá poder volver a retomar sus actividades y vida social fuera del hospital.

Otra razón por la que se describe un pronóstico desfavorable es porque los pacientes psiquiátricos, son individuos que no presentan el 100% de su capacidad mental y por lo tanto, no del todo conscientes y tienden a olvidar ciertas recomendaciones que se indican para favorecer su salud bucal; así como también son individuos que no prestan mayor importancia a su higiene general y por lo tanto a su higiene bucal.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

FRECUENCIA:

<u>Sexo</u>		<u>Fecha de Nacimiento</u>	
Pacientes Femeninos:	Total:40	No Disponible	Total:3
Pacientes Masculinos:	Total:60		
<u>Estado Civil</u>		<u>Pacientes Referidos de</u>	
Soltero	Total:62	Hospitalización Continua	Total:58
Casado	Total:22	Hospital de Día	Total:17
Unión Libre	Total:5	Consulta Externa	Total:22
Divorciado	Total:6	Consulta Externa Psicogeriatría	Total:2
Separado	Total:4	UMQAIP	Total:1
Viudo	Total:1		
<u>Religión</u>		<u>Ocupación</u>	
No Disponible	Total:2	No Disponible	Total:3
Católico	Total:89	Campeño	Total:1
Evangelista	Total:1	Comerciante	Total:2
Cristianismo	Total:2	Hogar	Total:17
Mormón	Total:1	Albanil	Total:1
Creyente	Total:3	Obrero	Total:4
Bautista	Total:1	Sin Ocupación	Total:61
Ateo	Total:1	Empleado	Total:5
		Policia	Total:1
		Trabajador Ambulante	Total:1
		Electricista	Total:1
		Enfermería	Total:1
		Estudiante	Total:2
<u>Lugar de Nacimiento</u>		<u>Nivel Escolar</u>	
No Disponible	Total:1	No Disponible	Total:2
Aguascalientes	Total:1	Analfabeta	Total:3
Coahuila	Total:1	Primaria Completa	Total:17
Distrito Federal	Total:59	Primaria Incompleta	Total:10
Estado de México	Total:11	Secundaria Completa	Total:14
Guanajuato	Total:4	Secundaria Incompleta	Total:20
Guerrero	Total:7	Bachillerato Completo	Total:5
Hidalgo	Total:3	Bachillerato Incompleto	Total:14
Michoacán	Total:4	Escuela Técnica	Total:5
Morelos	Total:3	Licenciatura Completa	Total:8
Nayarit	Total:1	Licenciatura Incompleta	Total:2
Oaxaca	Total:3		
Puebla	Total:1		
Veracruz	Total:1		
<u>Condición Económica</u>			
Baja	Total:59		
Media	Total:41		
<u>Edad del Paciente</u>			
Media	Total:34,79		
Mediana	Total:35		
Moda	Total:28		
Máxima	Total:79		
Mínima	Total:18		

<u>Diagnóstico Psiquiátrico</u>		<u>Diagnóstico Dental</u>		<u>Diagnóstico Farmacológico Psiquiátrico</u>	
1,1	Total:2	1,2	Total:1	1,3	Total:1
1,2	Total:1	1,3	Total:1	1,6	Total:1
1,3	Total:28	1,4	Total:5	2,4	Total:1
2,1	Total:2	3,1	Total:1	2,6	Total:4
2,2	Total:4	3,2	Total:6	2,9	Total:1
3,1	Total:25	6,2	Total:1	4,1	Total:1
3,2	Total:3	1.3/3.2	Total:2	4,2	Total:1
3,4	Total:3	1.4/3.1	Total:4	6,1	Total:4
4,1	Total:6	1.4/3.2	Total:18	6,4	Total:2
4,2	Total:4	1.4/6.2	Total:2	1.7/6.1	Total:1
4,3	Total:2	2.1/3.2	Total:1	2.6/2.1	Total:1
5,1	Total:1	3.1/3.2	Total:1	2.6/3.1	Total:1
6,1	Total:2	3.1/4.1	Total:1	2.6/4.3	Total:2
7	Total:2	3.4/2.2	Total:2	2.6/6.1	Total:1
1.3/3.1	Total:3	1.3/3.3/2.1	Total:2	2.9/5.1	Total:1
1.3/2.2	Total:1	1.4/3.1/4.2	Total:1	2.9/6.1	Total:1
1.3/5.2	Total:1	1.4/3.2/4.1	Total:2	3.2/1.2	Total:1
1.3/6.1	Total:3	1.4/3.2/4.2	Total:1	3.2/2.5	Total:1
1.3/6.2	Total:2	1.4/3.2/6.2	Total:2	4.1/2.3	Total:1
1.4/2.1	Total:2	1.4/3.2/7	Total:2	6.1/6.5	Total:1
2.1/4.2	Total:1	1.4/3.3/2.1	Total:5	6.2/1.3	Total:1
3.1/3.3	Total:1	1.4/3.4/2.2	Total:2	6.4/2.3	Total:3
3.1/4.3	Total:1	3.1/4.1/6.2	Total:1	6.4/2.6	Total:2
		3.2/3.3/2.1	Total:1	6.4/2.7	Total:1
		3.2/3.4/2.2	Total:3	6.6/6.3	Total:1
<u>Diagnóstico Sistémico</u>		3.4/4.1/2.2	Total:1	1.3/3.1/2.5	Total:1
No Disponible	Total:90	1.1/3.2/3.4/2.2	Total:1	1.3/4.2/3.2	Total:1
Trastorno Ginecológico	Total:2	1.3/3.2/3.4/2.2	Total:1	2.2/3.1/2.1	Total:1
Diabetes	Total:3	1.3/3.2/5.1/3.4	Total:1	2.3/3.1/4.3	Total:1
Hipotiroidismo	Total:0	1.3/3.3/3.4/2.2	Total:1	2.3/3.1/6.1	Total:2
Hipotensión	Total:3	1.4/3.1/3.3/2.1	Total:2	2.3/6.4/1.1	Total:1
Hipertensión	Total:1	1.4/3.1/3.4/2.2	Total:1	2.4/6.1/6.4	Total:1
Diabetes/Hipotiroidismo	Total:1	1.4/3.2/3.3/2.1	Total:4	2.5/3.1/6.1	Total:2
		1.4/3.2/3.3/3/4	Total:1	2.6/3.1/2.1	Total:1
		1.4/3.2/3.4/2.2	Total:10	2.6/3.1/6.4	Total:3
		1.4/3.2/3.4/4.1	Total:1	2.6/3.3/6.6	Total:1
		1.4/3.3/3.4/2.2	Total:2	2.6/6.1/3.1	Total:3
		1.4/3.4/4.1/2.2	Total:1	2.6/6.1/6.4	Total:3
		1.4/4.2/3.3/2.1	Total:1	2.6/6.4/3.1	Total:1
		3.1/4.1/7/6.1	Total:1	2.7/3.1/6.4	Total:1
		3.2/3.4/3.3/2.2	Total:2	2.9/2.7/6.4	Total:1
		3.2/3.4/4.2/2.2	Total:1	3.1/4.1/2.1	Total:1
				3.1/6.1/2.6	Total:1
				3.1/6.4/6.6	Total:1
				3.1/6.5/2.6	Total:2
				4.2/2.5/3.1	Total:1
				4.3/2.6/3.1	Total:1
				4.3/3.1/6.1	Total:1
				6.1/1.7/6.5	Total:1
				6.1/2.8/1.5	Total:1
				6.1/6.6/2.6	Total:1

Diagnóstico Farmacológico Psiquiátrico (continuación)

6.3/3.2/6.1	Total: 1
6.4/2.1/2.4	Total: 1
6.4/2.3/6.1	Total: 1
6.4/2.6/2.2	Total: 1
6.4/3.1/2.3	Total: 1
6.4/3.1/3.2	Total: 1
6.4/6.6/2.6	Total: 1
6.5/2.9/6.1	Total: 1
2.1/6.1/3.1/1.7	Total: 1
2.3/3.1/6.1/6.3	Total: 1
2.3/3.1/6.4/2.1	Total: 1
2.4/3.1/6.3/6.1	Total: 1
2.4/6.4/4.1/1.1	Total: 1
2.4/6.6/6.1/3.1	Total: 1
2.5/6.1/6.4/3.1	Total: 1
2.6/3.1/6.4/6.1	Total: 1
2.6/4.3/6.4/3.1	Total: 1
2.9/3.1/6.1/6.4	Total: 1
3.1/1.3/2.1/2.3	Total: 1
3.1/2.4/6.4/2.1	Total: 1
3.2/3.1/6.1/6.3	Total: 1
4.2/3.1/6.4/2.1	Total: 1
6.1/2.6/1.4/3.2	Total: 1
6.1/6.4/3.1/2.6	Total: 2
6.3/2.6/6.1/3.1	Total: 2
6.4/2.5/3.1/2.7	Total: 1
6.5/2.6/3.1/4.2	Total: 1

Diagnóstico Farmacológico Dental

No se Medicó	Total:46
Ampicilina	Total:37
Pemprocilina	Total:1
Eritromicina	Total:1
Dipirona	Total:0
Naproxeno	Total:2
Clonixinato de Lisina	Total:0
Piroxicam	Total:1
Nimesulide	Total:0
Metamizol Sódico	Total:0
Ampicilina/Dipirona	Total:1
Ampicilina/Naproxeno	Total:3
Ampicilina/Clonixinato de Lisina	Total:2
Ampicilina/Metamizol Sódico	Total:1
Pemprocilina/Dipirona	Total:1
Pemprocilina/Clonixinato de Lisina	Total:2
Pemprocilina/Lisina/Nimesulide	Total:1
Pemprocilina/Piroxicam	Total:1

Pruebas de Laboratorio

HIV	
Negativo	Total:55
No se practicaron	Total:45
VDRL	
Negativo	Total:57
No se practicaron	Total:43
Coagulación y Cicatrización	
Dentro de parámetros normales	Total:1
No se practicaron	Total:99

Comportamiento del Paciente

Agresivo	Total:0
Demandante	Total:1
Somnoliento	Total:1
Negativista	Total:1
Verborreico	Total:2
Agresivo Heterodirigido	Total:0
Aplanado	Total:1
Deprimido	Total:1
Controlado	Total:78
Coprolárico	Total:0
Irritable	Total:0
Mutista	Total:0
Agresivo/Verborreico/Irritable	Total:1
Demandante/Verborreico	Total:1
Demandante/Negativista/Verborreico	Total:1
Demandante/Verborreico/Coprolárico	Total:1
Somnoliento/Negativista	Total:1
Somnoliento/Deprimido	Total:1
Somnoliento/Controlado	Total:3
Verborreico/Controlado	Total:3
Agresivo Heterodirigido/Coprolárico/Irritable	Total:1
Aplanado/Mutista	Total:1
Controlado/Coprolárico	Total:1

Higiene del Paciente

Desaliñado	Total:34
Aliñado	Total:66

Actitud del Paciente

Cooperador	Total:94
No Cooperador	Total:6

ANÁLISIS

La descripción de los hallazgos obtenidos en la presente investigación se encuentran contenidos dentro de la presentación de resultados.

Dentro de dicha presentación, se refleja un resultado descriptivo de los datos contenidos en el presente estudio.

Se obtuvieron las frecuencias en el 99% de los datos incluidos en esta investigación.

Las cifras numéricas mostradas en la presentación de resultados, corresponden al número de pacientes que presentaron los datos personales y de diagnóstico que se estudiaron.

En algunos de los datos mostrados en esta investigación, se encontraron de dos hasta cuatro diagnósticos diferentes en el paciente psiquiátrico; por lo que se decidió representar sus frecuencias por separado.

En el caso de la presentación de resultados referente a la edad del paciente se logró obtener Media, Mediana, Moda, Máxima y Mínima, esto por estar representada por valores numéricos; a diferencia del resto del estudio, el cuál estuvo formulado por medio de claves, cuyo significado se describe ampliamente en los anexos de esta investigación.

PROPUESTAS

La Odontología considerada rama de la Medicina necesita ser explotada al máximo y relacionarla con las distintas especialidades médicas.

A pesar de la poca o casi nula información de estudios relacionados sobre la odontología psiquiátrica, siempre es satisfactorio el iniciar este tipo de investigaciones y promover de esta manera a que se continúe dicho estudio.

Considero de suma importancia que el *tratamiento odontológico en pacientes psiquiátricos* debe comenzar desde la infancia, para lograr la prevención de enfermedades crónicas que son ampliamente manifestadas en la edad adulta.

Invito a odontólogos a que surja cierta motivación de aplicar esta terapia dental en *pacientes con padecimiento psiquiátrico*.

Me gustaría que se realizara una rehabilitación bucal general en estos pacientes, siempre y cuando las manifestaciones de su patología psiquiátrica no lo permitiese.

Cuando el paciente resulte cooperador al tratamiento bucal; sugiero, se practiquen todas las especialidades odontológicas que requiera su rehabilitación, a excepción de la prótesis dental.

Propongo que a los pacientes que pertenecen al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" se les practique un estudio más profundo acerca de su Oclusión Dental, y la realización de un protector bucal individual a cada paciente que sea sometido a Terapia ElectroConvulsiva.

Opino que no debe existir actitud de rechazo y miedo a los pacientes psiquiátricos, y sobre todo no deben ser reprimidos por la sociedad, ya que son personas muy sensibles y que esperan y necesitan de nuestro apoyo, comprensión y amor.

CONCLUSIONES

Al término de la presente investigación y al haber estudiado detalladamente los factores que rodean al paciente psiquiátrico, cabe mencionar que falta mucho por descubrir y sobretodo por aprender en relación a la Odontología Psiquiátrica.

Se demostró que nosotros como Cirujanos Dentistas ocupamos un papel muy importante para lograr el bienestar del paciente psiquiátrico; contribuyendo de esta manera en una pequeña parte del objetivo principal de la Medicina, el cuál es: el devolver la salud al paciente, por medio de una rehabilitación exitosa y en relación con las demás especialidades médicas.

Para poder otorgar la mejor rehabilitación bucal al paciente psiquiátrico, es necesario conocer el Diagnóstico Psiquiátrico del paciente.

Este último es considerado base importante para poder dar inicio al tratamiento odontológico.

Otro factor de suma importancia es, el brindar al paciente mucha confianza, hablarle, y explicarle en lo que va a consistir su tratamiento; ya que a pesar de su alteración psiquiátrica son personas sensibles y que entienden lo que se les dice.

En la mayoría de los 100 pacientes psiquiátricos a los que se les practicó este estudio, mostraban cierto interés en su tratamiento bucal.

Es recomendable entablar una adecuada relación Médico-Paciente, dándole un manejo distinto o deferente de acuerdo a cada tipo de patología psiquiátrica.

Se comprobó la presencia en los pacientes psiquiátricos de diversas patologías orales, encontrándose en la mayoría de los casos la existencia de gingivitis, de caries de 1º, 2º y 3º, así como de periodontitis avanzada.

Debido a que son pacientes de bajo nivel económico, y en su mayoría de cultura y educación reservada.

Por esto, dentro de la terapia odontológica se realizaban tratamientos de odontología preventiva y restauradora; a excepción de rehabilitar al paciente por medio de prótesis, debido a que el paciente psiquiátrico presenta modificaciones en su estado de ánimo y en su personalidad; es decir, son personas consideradas inestables en su conducta y de esta manera en estado de excitación por parte del paciente la presencia de una prótesis podría ser utilizada como arma de autoagresión o heteroagresión.

La administración de psicofármacos en el paciente psiquiátrico influye de manera directa en la manifestación del comportamiento y la actitud del paciente.

La rehabilitación bucal en estos pacientes debe ser a base de sesiones cortas, no extendiendo este tiempo por más de media hora, debido a que son pacientes con cierto grado de ansiedad.

No varía ningún proceso técnico en la realización de tratamientos bucales en el paciente psiquiátrico.

No se pudo concretar en ninguno de los 100 pacientes psiquiátricos estudiados el control y seguimiento de su tratamiento bucal, debido a que algunos de estos se encontraban hospitalizados por periodos no prolongados y eran dados de alta, y por lo tanto no se pudo llevar la continuidad de su caso.

En pacientes que fueron remitidos a la unidad de odontología y pertenecían a consulta externa y al hospital de día o parcial eran pacientes que no se encuentran hospitalizados, por lo que son enviados a sus hogares y los cuáles en su mayoría sólo asistían a consulta dental para atenderse algún problema bucal que manifestaba dolor y al ser eliminado este último, no regresaban a terminar su tratamiento bucal.

Como conclusión se obtiene la satisfacción de atender a este tipo de pacientes que a pesar de su padecimiento psiquiátrico y del no estar del todo conscientes de sus actos y de sus pensamientos y sentimientos, se retiren de la consulta dental, dándote las gracias.

HOJA DE CLAVES

Femenino	F
Masculino	M

EDAD	
	años

ESTADO CIVIL	
Soltero	1
Casado	2
Unión Libre	3
Divorciado	4
Separado	5
Viudo	6

RELIGIÓN	
No Disponible	0
Católico	1
Evangelista	2
Cristianismo	3
Mormón	4
Creyente	5
Bautista	6
Ateo	7

LUGAR DE NACIMIENTO	
No Disponible	0
Aguascalientes	1
Coahuila	2
Distrito Federal	3
Estado de México	4
Guanajuato	5
Guerrero	6
Hidalgo	7
Michoacán	8
Morelos	9
Nayarit	10
Oaxaca	11
Puebla	12
Veracruz	13

COND. ECONÓMICA	
Baja	1
Media	2

FECHA DE NACIMIENTO	
No Disponible	0

OCUPACIÓN	
No Disponible	0
Campesino	1
Comerciante	2
Hogar	3
Albañil	4
Obrero	5
Sin Ocupación	6
Empleado	7
Policia	8
Trabajador Ambulante	9
Electricista	10
Enfermería	11
Estudiante	12

NIVEL ESCOLAR	
No Disponible	0
Analfabeta	1
Primaria Completa	2
Primaria Incompleta	3
Secundaria Completa	4
Secundaria Incompleta	5
Bachillerato Completo	6
Bachillerato Incompleto	7
Escuela Técnica	8
Licenciatura Completa	9
Licenciatura Incompleta	10

PACIENTES REFERIDOS	
Hospitización Continua	1
Hospital de Día	2
Consulta Externa	3
Consulta Externa Psicogeriatría	4
UMQAIP	5

DIAGNÓSTICO PSIQUIATRICO	
F00-F09	1
F03	1,1
F05	1,2
F06	1,3
F07	1,4
F10-F19	2
F19	2,1
F1x.5	2,2
F20	3
F20	3,1
F22	3,2
F23	3,3
F25	3,4
F30-39	4
F31	4,1
F32	4,2
F33	4,3
F40-F49	5
F41	5,1
F42	5,2
F70-79	6
F70	6,1
F71	6,2
G40	7

HOJA DE CLAVES

DENTAL		DIAGNOSTICO		SISTÉMICO	
PERIODONTO	1	FARMACOLÓGICO PSIQUIATRICO		No Disponible	0
Hiperplasia Gingival	1,1	ANTIDEPRESIVOS	1	Trastorno Ginecológico	1
Periodontitis Temprana (Aguda)	1,2	Clorimipramina	1,1	Diabetes	2
Periodontitis Avanzada (Crónica)	1,3	Imipramina	1,2	Hipotiroidismo	3
Gingivitis	1,4	Amitriptilina	1,3	Hipotensión	4
PULPA DENTAL	2	Fluoxetina	1,4	Hipertensión	5
Pulpitis Reversible (Aguda)	2,1	Mianserina	1,5		
Pulpitis Irreversible (Crónica)	2,2	Venlafaxina	1,6		
CARIÉS DENTAL	3	Litio	1,7		
Caries de 1°	3,1	ANTIPSICÓTICOS O NEUROLÉPTICOS	2	FARMACOLÓGICO DENTAL	
Caries de 2°	3,2	Levomepromazina	2,1	No se medicó	0
Caries de 3°	3,3	Pipotiazina	2,2	Ampicilina	1
Caries de 4°	3,4	Tioridazina	2,3	Pemprocilina	2
LESIONES FÍSICAS EN DIENTES	4	Perfenazina	2,4	Eritromicina	3
Bruxismo	4,1	Trifluoperazina	2,5	Dipirona	4
Fractura de Dientes	4,2	Haloperidol	2,6	Naproxeno	5
COMPLICACIONES EN LA		Penfluridol	2,7	Clonixinato de Lisina	6
CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS		Clozapina	2,8	Piroxicam	7
POR EXTRACCIÓN	5	Risperidona	2,9	Nimesulide	8
Osteítis Alveolar	5,1	ANTIPARKINSONIANOS	3	Metamizol Sódico	9
TRASTORNOS DEL DESARROLLO EN		Biperideno	3,1		
LAS ESTRUCTURAS BUCALES Y		Trihexifenidilo	3,2		
PARABUCALES	6	Difenhidramina	3,3		
Macrognaia Mandibular	6,1	TRANQUILIZANTES	4		
Dientes Impactados	6,2	Alprazolam	4,1		
VALORACIÓN ODONTOLÓGICA		Diazepam	4,2		
A PRETEC	7	Lorazepam	4,3		
		HIPNÓTICOS O SOMNÍFEROS	5		
		Triazolam	5,1		
		ANTIÉPILEPTICOS	6		
		Clonazepam	6,1		
		Diazepam	6,2		
		Acido Valproico	6,3		
		Carbamazepina	6,4		
		Oxcarbazepina	6,5		
		Difenilhidntoinato	6,6		

HOJA DE CLAVES

PRUEBAS DE LABORATORIO		
HIV	VDRL	COAGULACIÓN Y CICATRIZACIÓN
Negativo 1	Negativo 1	Dentro de Parámetros Normales
No se practicaron 2	No se practicaron 2	No se practicaron

HIGIENE	COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE	ACTITUD
Desaliñado 1	Agresivo	Cooperador 1
Aliñado 2	Demandante	No Cooperador 2
	Somnoliento	
	Negativista	
	Verborreico	
	Agresivo Heterodirigido	
	Aplanado	
	Deprimido	
	Controlado	
	Coprolárico	
	Irritable	
	Mutista	

HOJA DE RECOPIACION DE DATOS

	SEXO	EDAD	EDO. CIVIL	RELIGIÓN	LUGAR DE NACIMIENTO	COND. ECONÓMICA	FECHA DE NACIMIENTO	OCCUPACIÓN	NIVEL ESCOLAR	PACIENTES REFERIDOS
1	F	69	1	1	7	1	25/IV/28	6	2	1
2	F	35	5	1	8	1	5/VI/63	7	6	1
3	M	40	1	1	3	2	23/10/57	6	7	1
4	M	63	2	1	3	1	11/II/35	4	2	1
5	F	35	1	1	3	2	6/III/62	6	9	5
6	M	29	1	1	3	1	28/VI/68	6	7	2
7	M	24	1	2	7	1	0	6	3	3
8	F	19	1	5	8	1	25/VI/78	3	7	1
9	F	65	2	1	6	1	10/II/32	2	3	4
10	M	44	3	1	3	1	21/VI/53	7	5	1
11	F	19	3	1	4	1	19/VI/79	3	4	1
12	F	29	1	1	2	1	19/VI/68	7	5	1
13	F	29	1	0	3	2	23/XII/68	6	7	3
14	M	22	1	1	3	2	14/II/74	6	5	3
15	M	67	2	1	12	2	2/VI/30	6	2	5
16	M	27	1	1	3	1	5/XII/71	6	2	1
17	M	20	1	1	6	1	23/X/74	6	3	1
18	M	23	1	1	3	2	12/X/74	6	5	3
19	M	40	3	3	3	2	11/X/57	6	6	1
20	M	36	1	1	3	2	01/XI/61	6	8	3
21	M	42	1	1	12	1	8/X/55	6	2	3
22	M	45	1	1	3	1	9/X/52	6	2	2
23	F	30	2	1	3	1	29/II/67	3	4	3
24	M	32	1	1	4	1	22/VI/64	6	2	1
25	F	35	3	1	3	1	17/VI/64	3	5	1
26	M	45	4	1	3	2	07/X/52	6	10	1
27	F	38	2	1	3	1	08/X/60	3	3	1
28	F	33	1	1	3	1	27/VI/63	6	9	3
29	M	25	1	1	3	2	20/VI/73	6	10	2
30	F	25	1	1	4	1	28/II/72	6	8	2
31	M	32	1	1	6	1	3/VI/66	7	7	1
32	F	29	5	1	6	1	29/10/70	3	2	1
33	F	37	1	1	3	1	28/VI/60	6	1	3
34	F	68	2	1	3	1	22/VI/70	6	4	1
35	F	47	4	5	4	1	22/II/51	6	5	1
36	M	25	2	1	3	1	16/VI/72	6	4	1
37	M	38	1	1	8	2	18/VI/49	10	7	1
38	F	49	1	1	5	1	29/VI/48	6	8	1
39	F	47	1	1	4	1	18/II/51	3	2	1
40	F	70	6	1	11	2	2/VI/27	6	1	3
41	M	42	1	1	4	2	20/05/56	9	3	1
42	M	27	2	1	3	1	2/10/54	6	4	1
43	F	37	2	1	3	1	8/10/60	3	3	1
44	M	45	1	1	3	2	9/01/52	6	2	3
45	M	42	2	0	0	1	0	7	0	3
46	M	38	1	1	3	2	17/VI/59	11	9	1
47	M	37	2	1	5	1	5/05/60	5	2	1
48	F	22	1	1	13	1	14/05/75	6	0	1
49	M	32	1	1	3	1	23/II/66	0	5	1
50	M	40	4	5	3	1	31/12/57	0	9	1
51	F	29	1	1	3	2	II/VI/68	0	7	2
52	M	23	1	1	3	1	4/VI/74	12	7	2
53	M	31	1	7	3	2	15/XII/67	6	4	1
54	M	32	1	1	3	1	29/III/65	6	8	1
55	M	37	1	1	1	2	0	6	5	1
56	M	43	2	1	3	2	19/X/54	6	9	1

HOJA DE RECOPIACION DE DATOS

SEXO	EDAD	EDO. CIVIL	RELIGIÓN	LUGAR DE		COND.	FECHA DE		OCUPACIÓN	NIVEL ESCOLAR	PACIENTES REFERIDOS
				NACIMIENTO	ECONÓMICA	NACIMIENTO					
57	M	36	5	1	4	1	25/VI/62	6	5	1	
58	F	30	1	1	3	1	28/III/69	6	6	1	
59	F	55	1	1	3	1	4/III/42	3	2	1	
60	M	30	1	1	4	2	4/X/67	6	5	1	
61	M	79	2	1	12	1	29/IX/19	6	1	3	
62	F	66	2	1	5	2	1/X/31	3	3	3	
63	M	28	1	1	6	2	0/X/70	6	4	1	
64	M	30	1	1	9	2	22/III/67	6	4	2	
65	M	21	1	1	7	2	9/11/75	1	3	2	
66	M	24	3	1	3	2	29/X/73	8	5	1	
67	F	19	1	1	3	2	12/X/78	12	5	1	
68	M	37	1	1	4	1	28/V/61	3	7	3	
69	M	28	2	1	3	1	19/II/70	6	5	1	
70	F	58	2	1	3	1	3/X/39	5	2	1	
71	M	19	1	1	3	1	21/X/78	6	5	1	
72	M	28	1	6	11	2	7/VI/69	6	4	2	
73	F	43	6	4	3	2	9/VI/52	3	4	2	
74	F	25	1	1	3	2	29/IX/73	6	5	2	
75	F	58	2	1	3	1	3/X/39	6	2	1	
76	F	38	2	1	3	2	2/IX/60	3	5	2	
77	M	23	1	1	3	2	21/VI/74	6	2	1	
78	M	28	1	1	11	2	2/VI/69	6	4	2	
79	F	43	1	1	3	2	26/VI/55	5	4	1	
80	M	78	2	1	3	2	11/IV/22	6	9	1	
81	M	18	1	1	3	1	8/III/79	6	7	1	
82	M	37	1	1	3	2	21/VI/60	6	9	1	
83	M	26	1	1	4	1	23/X/72	6	3	1	
84	M	45	1	1	8	1	28/XII/53	6	6	1	
85	F	35	4	3	3	2	17/VI/62	6	6	1	
86	M	23	1	1	3	2	30/IV/74	5	5	3	
87	M	22	1	1	9	1	11/II/73	6	7	3	
88	F	55	1	1	9	1	16/IV/43	6	4	4	
89	M	56	2	1	3	1	3/VI/41	6	2	1	
90	F	56	4	1	4	1	5/II/42	3	2	1	
91	F	55	2	1	5	1	7/II/45	3	3	3	
92	M	20	1	1	3	1	27/IX/77	12	7	3	
93	M	27	1	1	3	2	18/VI/70	6	7	3	
94	M	34	1	1	6	2	21/VI/64	6	4	3	
95	F	41	4	1	3	1	2/IV/55	11	8	2	
96	M	60	2	1	6	2	25/II/38	2	5	4	
97	M	38	1	1	3	1	20/IX/60	6	10	2	
98	M	28	1	1	3	2	17/X/68	6	7	1	
99	M	28	1	1	3	2	12/III/62	6	9	2	
100	F	52	1	1	10	2	11/VI/45	3	10	3	

HOJA DE RECOPIACION DE DATOS
DIAGNOSTICO

FARMACOLOGICO										PRUEBAS DE LABORATORIO					
PSIQ.		DENTAL				PSIQ.		DENTAL		SISTÉMICO	HIV	VDRL	COAGULACIÓN	CICATRIZACIÓN	
3,2		1,4	3,2			6,1	6,4	6,5		0		1	1	2	2
3,2		3,2	3,4	4,2	2,2	2,6	6,1		5		1	1	1	2	2
3,1		1,4	3,2			2,5	3,1	6,1		0		1	1	2	2
1,3		3,4	2,2			2,6	6,1	3,1	5		0	2	1	2	2
1,3		2,1	3,2			6,1			0		2	3	2	2	2
3,1		1,4	3,2	4,1		2,4			0		0	2	1	2	2
7		1,1	3,2	3,4	2,2	3,1	6,4	6,6	4	1	0	1	1	2	2
3,1		1,4	3,2	7		6,1	6,5		0		4	5	1	1	2
1,3		1,4	3,2	3,4	4,1	2,6			1		4	2	2	2	2
1,3		1,4	3,2	3,4	2,2	2,6	3,1	6,4			0	1	2	2	2
2,1	1,4	3,3	1,4	2,1		2,3	3,1	6,1	6,3	1	5	0	1	1	2
3,1		1,4	3,2			2,6			1	5	0	1	1	2	2
4,1		3,2				2,1	6,1	3,1	1,7	1	0	2	1	1	1
1,3		3,2	3,4	3,3	2,2	6,4	2,3			6	2	5	1	2	2
1,2		1,3				1,6				1	0	1	1	2	2
1,3		3,1	4,1	7	6,1	2,6	4,3	6,4	3,1	0		0	1	1	2
1,3		1,4	3,2	7		2,6	4,3			0		0	1	1	2
2,1		1,4	3,1	3,3	2,1	6,4	2,1	2,4		1	6	0	1	1	2
3,2		1,4	3,2			1,7	6,1			0		0	1	1	2
1,4		1,4	3,2	3,4	2,2	6,2	1,3			1		0	1	1	2
1,3		1,4	3,2	3,4	2,2	6,6	6,3			1		0	1	1	2
1,3		1,4	3,3	2,1		6,5	2,6	3,1	4,2	1		0	1	1	2
4,2		3,2	3,3	2,2		1,3				0		0	2	1	2
1,3		1,4	3,2	3,4	2,2	3,1	1,3	2,1	2,3	1		0	2	2	2
1,3		1,4	3,2			6,4				0		0	1	1	2
1,3		1,3	3,1			3,1	6,5	2,6		0		4	1	1	2
4,1		1,4	3,2	4,2		6,1	6,4	3,1	2,6	2	7	2	2	2	2
1,3		1,4	3,2			6,5	2,9	6,1		0		0	2	2	2
3,1		3,2				6,1	2,8	1,5		0		0	1	1	2
6,1	1,3	3,2				2,4	6,4	6,1	3,1	0		0	2	2	2
1,3		3,1	3,2			6,3	3,2	6,1		1		1	1	1	2
3,4		1,4	3,1			2,6				0		0	2	2	2
1,3	6,2	1,4	3,2			6,4	3,1	2,3		0		0	2	2	2
1,3		1,4	3,2	6,2		2,6	3,1			1		0	1	1	2
3,1	3,3	1,4	3,2	3,4	2,2	2,9	5,1			1		0	2	2	2
1,3		3,1	4,1	6,2		6,4				0		0	1	1	2
1,3		1,2				4,3	2,6	3,1		0		0	2	2	2
3,1		3,1	4,1			2,9	6,1			0		0	1	1	2
1,3		3,4	2,2			4,3	3,1	6,1		7		0	1	1	2
3,2		1,4	3,1			2,3	3,1	4,3		0		0	1	1	2
2,2		1,4	3,3	3,4	2,2	6,1	2,6	3,1		1		0	1	1	2
1,3		1,4	3,4	2,2		2,6	3,1	6,4		0		0	2	2	2
4,1		1,4	3,2	3,3	2,1	2,6	3,1	6,4	6,1	0		2	2	2	2
3,1		1,3	3,3	3,4	2,2	2,6	3,1	6,1		1	6	0	2	2	2
4,3		6,2				3,2	1,2			6	2	8	0	2	2
4,2		1,4				2,4	6,4	4,1	1,1	0		0	1	1	2
4,1		1,4	3,2	3,3	3,4	4,2	3,1	6,4	2,1	1		0	1	1	2
4,3		3,2				4,2				0		0	2	2	2
3,1		3,2				6,4	2,5	3,1	2,7	0		0	2	2	2
1,3		1,4	3,3	3,4	2,2	2,3	3,1	6,4	2,1	1		0	2	2	2
1,3	5,2	3,1				2,3	6,4	1,1		0		0	2	2	2
3,1		1,4				6,1				0		0	2	2	2
3,1		1,3	3,2	3,4	2,2	6,4	3,1	2,6		1		0	1	1	2
3,1		1,4	3,2			2,5	6,1	6,4	3,1	0		0	2	2	2
3,1		3,2	3,4	2,2		2,6	6,1	6,4		1		0	2	2	2
3,1	1,3	3,2	3,4	2,2		6,1				1		0	1	1	2

HOJA DE RECOPIACION DE DATOS

DIAGNOSTICO																	
PSIQ.	DENTAL				FARMACOLOGICO						PRUEBAS DE LABORATORIO						
					PSIQ.				DENTAL		SISTÉMICO	HIV	VDRL	COAGULACIÓN	CICATRIZACIÓN		
3,1	3,2	3,4	2,2		3,1	2,6	6,5		1			0	1	1		2	2
1,3	1,4	3,1			2,4	6,1	6,4		0			0	1	1		2	2
1,3	1,4	3,2	4,1		4,1	2,3			1			0	1	1		2	2
2,2	1,4	3,1	3,4	2,2	2,6	2,1			1	9		0	1	1		2	2
1,1	1,4	3,4	4,1	2,2	2,6				0			0	2	2		2	2
5,1	1,4	3,2	3,4	2,2	4,1				0			0	2	2		2	2
1,3	1,4	3,2			2,4	3,1	6,3	6,1	0			0	1	1		2	2
3,1	1,4	3,2	3,3	2,1	4,2	2,5	3,1		1			0	2	2		2	2
1,3	6,1	1,4	3,1		6,4	2,7			0			0	1	1		2	2
4,2	2,1	1,4	3,1	4,2	6,4	6,6	2,6		1			0	2	2		2	2
2,2		3,2			2,3	3,1	6,1		0			0	2	2		2	2
1,3	1,4				3,2	3,1	6,1	6,3	0			0	1	1		2	2
1,3	1,4	3,3	2,1		3,1	2,4	6,4	2,1	3			0	1	1		2	2
1,3	6,2	1,4	3,2		2,6	3,3	6,6		1			0	2	2		2	2
2,1		1,4	3,2		2,3	6,1	3,1		0			0	1	1		2	2
1,3	6,1	1,4	3,3	2,1	6,4	3,1	3,2		1			0	2	2		2	2
1,3	1,4	3,2			6,1	6,4	2,6	3,1	0			0	1	1		2	2
6,1	1,3	3,3	2,1		6,4	2,3			1	5		0	2	2		2	2
7	1,3	3,2			6,1	6,6	2,6		1			0	2	2		2	2
7	1,4				2,6	6,4	3,1		1			0	2	2		2	2
3,4	1,4	3,2	3,3	2,1	2,9	2,7	6,4		0			0	1	1		2	2
3,1	1,4	3,2			6,1	3,1	2,5		0			0	1	1		2	2
1,3	2,2	1,4	3,2	3,4	2,2	6,3	2,6	6,1	3,1	1		0	1	1		2	2
1,1		1,4	3,2	3,4	2,2	2,6	4,3		1			0	1	1		2	2
3,1	1,3	3,2	3,3	3,4	2,2	6,4	2,6		2			0	2	2		2	2
3,1		1,4	3,4	2,2	2,9				0			0	1	1		2	2
6,1		1,4	3,2	6,2	2,6	6,1	6,4		1			0	1	1		2	2
3,1	1,3	3,4	4,1	2,2	6,1	6,4	2,6		1			0	1	1		2	2
3,1		1,4			6,1				0			0	2	2		2	2
3,1	4,3	1,4	3,2		6,1	2,6	1,4	3,2	0			0	2	2		2	2
1,3		1,4	3,2		6,4	2,6	2,2		0			0	1	1		2	2
1,3		1,4	3,2		6,3	2,6	3,1	6,1	0			0	2	2		2	2
3,1		1,3	3,2	5,1	3,4	3,1	4,1	2,1	2	4		0	1	1		2	2
4,2		1,4	3,2		1,3	4,2	3,2		1			0	1	1		2	2
4,1		1,4	3,2		3,1	6,1	2,6		0			0	2	2		2	2
3,1		1,4	3,1	3,3	2,1	3,2	2,5		2	6		0	1	1		2	2
2,1	1,4	1,4	3,2	3,4	2,2	2,3	6,4		1			0	2	2		2	2
3,1		1,4	3,2	3,4	2,2	2,7	3,1	6,4	1			0	2	2		2	2
1,3		1,3	3,3	2,1	2,9	3,1	6,1	6,4	1			0	1	1		2	2
2,2		1,4	3,3	2,1	2,6	6,4			1			2	2	2		2	2
3,1		1,4	6,2		1,3	3,1	2,5		1			0	2	2		2	2
1,3		1,4	6,2		6,4	2,3	6,1		1			0	2	2		2	2
1,3		1,4	3,2	3,3	2,1	2,2	3,1	2,1	1			0	1	1		2	2
3,4		1,4	4,2	3,3	2,1	2,6	3,1	2,1	1			0	2	2		2	2

BIBLIOGRAFIA

- 1.- San Martín Hernán. "Salud y Enfermedad".
Ecología Humana. Epidemiología. Salud Pública. Medicina Preventiva. Sociología. y
Economía de la Salud.
Ediciones Científicas
La Prensa Médica Mexicana S.A de C.V
México 1981. 4a. Edición
- 2.- Pawlak Elizabeth A., Hoag Phillip M. "Fundamentos de Periodoncia".
Revisión Edición Española. Madrid España.
The C.V. Mosby Company St. Louis. Baltimore. Filadelfia
Toronto 1990. 4a. Edición.
- 3.- Barber Thomas K., Luke Larry S. "Odontología Pediátrica".
El Manual Moderno, S.A. De C.V.
México, D.F. 1985-Santafé de Bogotá
- 4.- Forrest John O. "Odontología Preventiva".
Editorial El Manual Moderno, S.A.
México 11, D.F. 1979
- 5.- Zegarelli Edward V, Kutscher Austin H. "Diagnóstico en Patología Oral".
Salvat, Editores, S.A
Barcelona-Madrid, Buenos Aires, México, Bogotá, Caracas, Quito, Río de Janeiro,
Santiago de Chile, San Juan de Puerto Rico.
Barcelona España. 1979.
- 6.- Goldman Howard H. "Psiquiatría General".
Editorial Manual Moderno S.A. de C.V.
México D.F.-Santafé de Bogotá
- 7.- Uriarte Bonilla Victor. "Psicofarmacología".
Editorial Trillas
Enero 1997. 4a Edición.
- 8.- Dr.Caso Muñoz Agustín. "Fundamentos de Psiquiatría".
Editorial Limusa
México 1979. 1a Edición.
- 9.- Profesor López Ibor J. J. "CIE 10".
Trastornos Mentales y del Comportamiento
Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico
Publicación x Meditor y el Profesor J. J. López Ibor
Editorial Meditor
Organización Mundial de la Salud (1992)

- 10.- Rogera Mackinnon. Michels Robert. "Psiquiatría Clínica Aplicada".
Editorial Interamericana
1973. 1a Edición.
- 11.- Kaplan Harold I. Sadock Benjamín J. "Sinopsis de Psiquiatría".
Ciencias de la Conducta Psiquiátrica Clínica
Editorial Médica Panamericana
7a Edición
- 12.- Lock Stephen. Smith Antony. "Diccionario Médico Familiar".
Selecciones del Reader's Digest
Reader's Digest 1981. 1a. Edición
- 13.- UNAM
Facultad de Medicina
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
"Actitudes hacia la Enfermedad Mental en Residentes de Psiquiatría y de Otras Especialidades"
Lozano García María de los Angeles
México D.F. Febrero 1991
- 14.- UNAM
Facultad de Odontología
"Tratamiento Endodóntico en Pacientes con Enfermedades Mentales"
González Montaña David Raúl
México D.F. 1995
- 15.- XXX Aniversario del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" SSA
"Reseña Histórica de la Psiquiatría en México"
Mayo 9 1967-1997
- 16.- Shafer W. G. Levy B. M. "Tratado de Patología Bucal".
Nueva Editorial Interamericana S.A de C.V.
México-España-Nueva York-Brasil-Colombia-Venezuela
México, D.F. 1988. 4a Edición Ilustrada
- 17.- Dr. Krupp Marcus A. Dr. Chatton Milton J. "Diagnóstico Clínico y Tratamiento".
Editorial Manual Moderno, S.A.
México 11, D.F. 1980. 18a Edición.
- 18.- Barrancos Mooney Julio. "Operatoria Dental".
Atlas-Técnica y Clínica
Edición Revolucionaria
Cuba-Habana
- 19.- UNAM
Escuela Nacional de Odontología
"Los Enfermos Neuropsiquiátricos ante los Problemas Odontológicos"
Hayasaka Sato Taeko
México, D.F. 1964