

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA.

**"CENSO EPIDEMIOLÓGICO EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY
BERNARDINO ALVAREZ " (1999).**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
LOZANO CARRILLO LIDIA.
MARTÍNEZ LOAIZA LAURA.**

ASESORES:

**LIC. JUANA FREYRE GALICIA.
C.D. BERTHA VIVANCO CEDEÑO.**

MÉXICO D.F.

ENERO, 2001

291626



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

QUEREMOS AGREDECER DE MANERA ESPECIAL
AL DR. MARCO A. LOPEZ BUITRÓN, A LA LIC.
JUANA FREYRE GALICIA Y A LA C.D. BERTHA
VIVANCO CEDEÑO, POR SU VALIOSA AYUDA EN
LA ELABORACIÓN DEL PRESENTE TRABAJO.

A MI FAMILIA QUE SIEMPRE ME OFRECIÓ
SU APOYO A LO LARGO DE MI CARRERA.

A MI ESPOSO, POR SU COMPRENSIÓN,
AMOR Y AYUDA.

LIDIA.

ÍNDICE.	
AGRADECIMIENTOS.	I
INTRODUCCIÓN.	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	9
JUSTIFICACIÓN DEL TEMA O PROBLEMA.	9
MARCO TEÓRICO.	10
Antecedentes históricos de la Odontología y la Psiquiatría en México.	
Reseña Histórica de la Atención Psiquiátrica en México.	
Reseña Histórica de la Odontología en México.	
Características del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez .	
Morbilidad psiquiátrica.	
Patologías Odontológicas más frecuentes y su manifestación en pacientes psiquiátricos.	
Epidemiología odontológica.	
Morbilidad y Mortalidad Odontológica.	
Morbilidad Odontológica en pacientes Psiquiátricos.	
Índices Epidemiológicos.	
Problemas Odontológicos asociados a medicamentos Psicotrópicos.	
OBJETIVOS.	61
HIPÓTESIS.	61

MÉTODO.	61
RECURSOS.	65
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.	66
ANÁLISIS DE RESULTADOS.	78
CONCLUSIONES.	83
PROPUESTAS.	84
BIBLIOGRAFÍA	86
ANEXOS.	94

INTRODUCCIÓN.

Las patologías bucodentales afectan aproximadamente al 95% de la población en América Latina. Se sabe que la mayor parte de dichas enfermedades son prevenibles con acciones sencillas y de bajo costo; sin embargo, los problemas de pobreza que se relacionan con la falta de información y el desarrollo de hábitos de higiene favorece que éste siga siendo considerado como un problema de salud pública de relevancia.

Los informes de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina Panamericana de la Salud, refieren que los procesos morbosos bucodentales no han sido erradicados pese a las nuevas estrategias de salud pública que incluyen el suministro de agua y sal fluorados a fin de favorecer mayor resistencia a estas enfermedades en la población en general.¹

De hecho, el Programa Nacional de Salud incluye, la promoción de la salud bucodental como una de las prioridades a que se compromete el sector salud para el ciclo comprendido de 1995 -2000.² La atención primaria a la salud y la aplicación de estrategias de prevención en todos sus niveles es básica para lograr abatir este tipo de problemas que se han visto también acentuados por los cambios en la dieta, el estilo de vida y los costos por la atención dental.

En el caso concreto de las personas que sufren enfermedades mentales es probable que los padecimientos bucodentales sean frecuentes, sobre todo debido a que una buena porción de trastornos y enfermedades psiquiátricas conllevan como manifestaciones la pérdida de interés en el aliño y la higiene. Más aún se acentúa este tipo de problemas en pacientes que cursan cuadros agudos, y que por tal razón ingieren medicamentos que producen alteraciones en la motricidad y por ende les dificulta la realización de algunas actividades cotidianas como el cepillado dental.

Un problema común en los pacientes que reciben medicamentos antipsicóticos suele ser el crecimiento anormal del tejido gingival que hasta hace algunos años sólo era controlado mediante cirugía. Actualmente está comprobado que el mejor procedimiento para evitar tanto el crecimiento como las infecciones gingivales radica en la limpieza cotidiana y el correcto cepillado dental.³

¹ Organización Panamericana de la Salud. "Las condiciones de salud en las Américas". Washington D.C. OPS 1998 2v. (OPS, Publicación Científica; 569): 403-418, 202-210, 417.

² Comunicado de la Secretaría de Salud. "Panorama de la Salud Bucal en México. Perspectiva y Compromiso de la Secretaría de Salud" en P.O. México 1988; 19 (5): 11-13

³ Meráz A. H. "Alteraciones bucales encontradas en pacientes epilépticos que consumen fármacos del grupo fenitoína (Difenil - Hidantoína) (Dilantin, Epamin). Estudio Transversal descriptivo en apoyo estadístico". A.D.M. México, 1998; 55 (1): 29-33.

La impregnación medicamentosa, produce entre otros efectos no deseados: la salivación excesiva, el bruxismo y las maloclusiones dentarias debido a la rigidez muscular, que puede alterar las funciones de masticación produciendo incluso lesiones importantes del trigémino y hasta fracturas maxilares o de piezas dentales.

Los cuadros psicóticos generalmente se presentan como alarmantes para las personas ajenas al área de su tratamiento y en general, el resto de profesionales de la salud comparten la creencia de que éstos son sujetos sin esperanza de rehabilitación. Esta perspectiva y ausencia de tratamientos integrales para las personas con enfermedades mentales se conservó hasta después de mediados del presente siglo. Incluso, se tiene noticia de que en la mayor parte de las instalaciones manicomiales de principio de siglo, lo único que se practicaba a este tipo de pacientes con respecto a su salud dental eran las mutilaciones y que muchas de estas indicaciones se realizaban con el fin de castigar o impedir manifestaciones psicopatológicas como la propensión a la mordedura a sí mismos o a otras personas.⁴

Cabe destacar que una cantidad de pacientes que cursan con cuadros agudos psiquiátricos y que son atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez de la Secretaría de Salud, son pacientes de tipo crónico, que llevan mucho tiempo asistiendo a instituciones de la especialidad y que una buena porción de ellos padecen el trastorno o enfermedad desde la niñez. Ello explica en muchos sentidos que las limitaciones generadas por la patología psiquiátrica les haya disminuido otras facultades, no sólo intelectuales sino físicas.

El incremento de población con problemas psicopatológicos nos obliga a estar preparados no sólo en la prevención sino en el tratamiento integral de las personas que asisten a estas unidades médicas. En 1979, se inauguró el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez con un nuevo concepto de institución para la atención de enfermos mentales. Esta visión incluyó dotarle de instalaciones de tipo diagnóstico y de tratamiento que permitieran dar servicio médico a la persona en su totalidad. Por ello siempre ha contado, entre otros recursos, con consultorios dentales a los que se canaliza a los usuarios que requieren de esta atención.

El servicio odontológico que brinda el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, no es exclusivo para pacientes internos, subroga también, servicios de la especialidad a derechohabientes de PEMEX y del ISSSTE, así mismo ofrece este servicio a población de su zona de influencia aunque no padezca de enfermedad mental.

Sin embargo, dentro de las obligaciones instituciones que deseamos reforzar a través de estudios como éste, están la de prevenir, controlar y detectar de manera adecuada problemas de salud intrahospitalaria. Los censos epidemiológicos realizados hasta ahora tomando como población objetivo a los pacientes internados se han enfocado básicamente a detectar enfermedades psiquiátricas y físicas consideradas de mayor peligrosidad para los pacientes, tal es el caso de la detección de portadores de VIH, hepatitis, infecciones diversas

⁴ Sazz S. T. "La fabricación de la locura". 2ª ed. Cairós. Barcelona, 1981: 281.

de la piel, enfermedades crónico degenerativas como la diabetes y la hipertensión para prevenir interferencias medicamentosas.⁵

Como es de todos sabido, las enfermedades bucodentales no son consideradas letales, ya que la mortalidad que pueden producir es baja; sin embargo, asociada a otras deficiencias físicas, metabólicas y mentales coadyuvan a deteriorar la calidad de vida y el pronóstico de salud en las personas con enfermedad mental.

Problemas básicos como la pérdida parcial o total de la dentadura, desgaste temprano de la dentición e infecciones múltiples de cavidad bucal, son patologías frecuentemente atendidas en los consultorios dentales de la institución de estudio. Sin embargo y dado que se reconoce que la demanda real de la atención estomatológica puede ser mayor a la hasta ahora atendida, se requiere de una mejor planeación de actividades que debieran incluir actividades directas en piso para prevenir y detectar dichas patologías en los pacientes hospitalizados. Ello debido a que en muchos casos el paciente, al encontrarse sedado por los medicamentos psicotrópicos, es incapaz de sentir o expresar dolor físico y por ende si no se realiza una adecuada auscultación del paciente, este tipo de problemas no se detectan a tiempo y mucho menos se incluyen en programas de tratamiento.

Para recabar la información respecto de la morbilidad buco - dental de la población de estudio se usaron recursos básicos que, en términos generales, pueden considerarse de bajo costo comparados con los beneficios institucionales que se pueden obtener. La supervisión y apoyo de especialistas en el área nos asegura limitar, de la mejor manera posible, los sesgos de la información y nos permitirán dar a conocer problemas que pueden ser comunes a otras instalaciones médicas especializadas en la atención psiquiátrica.

El censo de CPOD, parodontopatías, maloclusiones y lesiones de tejidos blandos de la población de estudio fue levantado del 8 al 12 de noviembre de 1999 en el Servicio de "Hospitalización Continua" del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez de la SSA. Se auscultaron a dichos usuarios y se registraron los datos de aquellos pacientes que aceptaron la revisión. Excluyéndose sólo a los sujetos que se negaron a participar en el censo o que se encontraron incapacitados para hacerlo, ya sea por su estado mental o por encontrarse en tratamiento de urgencia (intubados).

Para la realización del estudio se contó con el apoyo de la Dirección del hospital obteniéndose de la institución: a) apoyo técnico de una enfermera adscrita y dos pasantes en el servicio social de odontología y b) el material e instrumental requerido.

Como área de trabajo se utilizó el cuarto de curaciones de cada piso y sección, en donde, previa preparación del material e instrumental por parte de la enfermera, se colectó la información.

Los Cirujanos Dentistas, sustentantes de esta tesis, fueron previamente estandarizados según la metodología propuesta por la OMS, y realizaron las exploraciones para cada paciente.

⁵ Documento Interno "Programa del servicio de medicina preventiva del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" 1999."

Para esta tesis, se presenta el marco histórico, que describe la evolución tanto de la Psiquiatría como de la Odontología en México y su conexión cuando se unifican y apoyan para dar tratamiento integral a personas con enfermedad mental. Así mismo, se describe de modo general, la información epidemiológica de las enfermedades mentales.

También se destinó para exponer los conceptos, teorías y variables que se usaron como esencia del marco teórico conceptual para elaborar el diseño de estudio e interpretar después los datos obtenidos y también se incluyen datos epidemiológicos de las enfermedades odontológicas y su posible evolución con el consumo de medicamentos psicotrópicos.

Finalmente se describe el proceso de investigación, se exponen nuestros hallazgos y se concluye sobre la gravedad de las patologías detectadas en la población de estudio; dicha información nos permitió sugerir acciones que podrían coadyuvar a mejorar no sólo los niveles de salud bucodental de las personas enfermas mentales, sino además, aumentar la calidad y calidez de la atención que busca alcanzar el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de la SSA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Qué tipo de enfermedades bucodentales presentan los pacientes atendidos en el servicio de Hospitalización continua en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", internados durante la primera quincena del mes de noviembre de 1999?

JUSTIFICACIÓN.

La enfermedad mental constituye uno de los principales problemas de salud pública de nuestro tiempo. Algunas de las condiciones que originan este fenómeno se asocian a los cambios culturales y con el desarrollo de la civilización humana; éstos llevan al ser humano a vivir en constante estrés.

Así, el desequilibrio psíquico puede manifestarse en cualquier individuo si la fuerza del medio ambiente es lo bastante fuerte y si el individuo es vulnerable respecto a sus capacidades biológicas de adaptación al medio hostil que le rodea.

La rehabilitación de los pacientes psiquiátricos implica no sólo disminuir o controlar la sintomatología propia de la enfermedad mental, sino brindarle una atención integral de prevención y tratamiento a todo tipo de enfermedades que pueda presentar, incluyendo las de la cavidad oral.

No obstante, es común el escaso conocimiento de la comunidad odontológica respecto de los factores de riesgo que afectan a este tipo de población, hecho que ha dificultado comprender las necesidades de tratamiento que requiere este tipo de pacientes, por ello esperamos que la presente sirva para brindar un panorama útil para la comunidad odontológica en general.

Por otra parte, los odontólogos que laboran en el hospital de estudio, no cuentan con la suficiente información sobre la prevalencia de patologías bucodentales presentadas por sus pacientes. De ahí que se estime que los resultados que emanen de este censo favorezcan el desarrollo de mejores programas institucionales para la detección tratamiento y rehabilitación odontológica de la población que atienden.

Se pretende para ello evaluar la magnitud de patologías como la caries, las parodontopatías, las maloclusiones y las lesiones de tejidos blandos. Lo anterior nos permitirá con bases firmes promover programas de fomento de higiene bucal capaces de incluir el apoyo de los familiares de la población atendida en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, ya que durante nuestra experiencia en Servicio Social, detectamos que la familia también carece de información respecto del apoyo que pueden brindar al Cirujano Dentista para que el paciente recupere la salud buco-dental.

Obviamente, para que la prevención llegue a todos los pacientes es necesario identificar primero qué patologías bucales son las que se presentan con mayor frecuencia, y así poder realizar un modelo de servicio odontológico adecuado para controlar, y prevenir estos padecimientos, disminuyendo así la incidencia de las enfermedades bucodentales en los pacientes.

MARCO TEÓRICO.

Antecedentes históricos de la odontología y la psiquiatría en México.

En este apartado, nuestra tesis pretende mostrar un panorama histórico y breve del desarrollo de dos disciplinas que convergen cuando se pretende hablar de tratamiento integral a la salud. Intentamos con ello, dar contexto a las razones por las cuales resulta importante favorecer la salud de la población adulta que padece de minusvalías ocasionadas por trastornos mentales, así como exponer la necesidad de que estas dos disciplinas de la salud colaboren para mejorar la salud bucodental de los enfermos psiquiátricos.

Se describe, la institución de estudio, así como la morbilidad psiquiátrica a nivel nacional y su impacto en la morbilidad general, además de exponer brevemente, el porqué las enfermedades mentales que comienzan a aparecer como verdadera epidemia, deben ser comprendidas en el ámbito odontológico desde una perspectiva científica que evite que prejuicios culturales y sociales desalienten el trabajo del estomatólogo en beneficio de este tipo especial de pacientes.

RESEÑA HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO.

La historia de la psiquiatría mexicana se remonta a varios siglos. Se puede decir que la sociedad azteca participaba de una concepción distinta de la enfermedad mental comparada con la de los europeos, ya que le consideraron como una afección pasajera relacionada directamente con los sentimientos amorosos de los humanos. Entre los antecedentes escritos respecto de dichos saberes, se encuentra el código Cruz Badiano.

Por otra parte, la psiquiatría que se implanta en México a raíz de la conquista estuvo ampliamente influenciada por la religión, pues debe recordarse, que la psiquiatría se establece como disciplina médica sólo después de su ruptura epistemológica con la religión y gracias al debilitamiento de la Santa Inquisición; ésta última, catalogaba a las

Obviamente, para que la prevención llegue a todos los pacientes es necesario identificar primero qué patologías bucales son las que se presentan con mayor frecuencia, y así poder realizar un modelo de servicio odontológico adecuado para controlar, y prevenir estos padecimientos, disminuyendo así la incidencia de las enfermedades bucodentales en los pacientes.

MARCO TEÓRICO.

Antecedentes históricos de la odontología y la psiquiatría en México.

En este apartado, nuestra tesis pretende mostrar un panorama histórico y breve del desarrollo de dos disciplinas que convergen cuando se pretende hablar de tratamiento integral a la salud. Intentamos con ello, dar contexto a las razones por las cuales resulta importante favorecer la salud de la población adulta que padece de minusvalías ocasionadas por trastornos mentales, así como exponer la necesidad de que estas dos disciplinas de la salud colaboren para mejorar la salud bucodental de los enfermos psiquiátricos.

Se describe, la institución de estudio, así como la morbilidad psiquiátrica a nivel nacional y su impacto en la morbilidad general, además de exponer brevemente, el porqué las enfermedades mentales que comienzan a aparecer como verdadera epidemia, deben ser comprendidas en el ámbito odontológico desde una perspectiva científica que evite que prejuicios culturales y sociales desalienten el trabajo del estomatólogo en beneficio de este tipo especial de pacientes.

RESEÑA HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO.

La historia de la psiquiatría mexicana se remonta a varios siglos. Se puede decir que la sociedad azteca participaba de una concepción distinta de la enfermedad mental comparada con la de los europeos, ya que le consideraron como una afección pasajera relacionada directamente con los sentimientos amorosos de los humanos. Entre los antecedentes escritos respecto de dichos saberes, se encuentra el código Cruz Badiano.

Por otra parte, la psiquiatría que se implanta en México a raíz de la conquista estuvo ampliamente influenciada por la religión, pues debe recordarse, que la psiquiatría se establece como disciplina médica sólo después de su ruptura epistemológica con la religión y gracias al debilitamiento de la Santa Inquisición; ésta última, catalogaba a las

manifestaciones propias de la enfermedad mental como expresión de posesión demoníaca.⁶ Por influencia de los conquistadores, las primeras concepciones psiquiátricas y de la locura en el México pre- independiente son idénticas a las españolas.

El primer hospital en México fue fundado por Hernán Cortés y llamado "Hospital de la Sangre". México también fue el primer país latinoamericano en contar con una institución para enfermos mentales. El historiador Somolinos, relata este proceso de la siguiente manera: "En la España del tiempo de la Colonia se consideraba que los enfermos mentales eran seres desprotegidos y a los que se cuidaba con cierto sentimiento de piedad, ya que eran seres inválidos. De la misma forma se pensó en la Nueva España sobre los enfermos mentales. El Hospital San Hipólito, es fundado por Bernardino Álvarez, hombre que en su juventud se distinguió por ser un aventurero irresponsable, que al parecer, por una carta de su madre decide dedicarse a enmendar su vida y se convierte en un religioso samaritano, el Hospital San Hipólito y el fundado por José Sayago son el formato de los hospitales psiquiátricos de la colonia previos al movimiento de independencia.

El hospital fundado por Sayago se dedicó a la atención de mujeres enfermas mentales y se mantuvo funcionando hasta 1910, para integrar, después de su clausura, a su población usuaria al Manicomio General La Castañeda. Posteriormente el Arzobispo de México Don Francisco Aguilar y Seijas le presta una casa para albergar a 60 pacientes, permaneciendo internas ahí hasta que en 1700; la congregación del Divino Salvador funda el hospital del mismo nombre y muda el establecimiento a la calle de la Canoa, actualmente calle de Donceles en el Centro de la Ciudad de México.

José Sayago, carpintero humilde, vecino de México a fines del siglo XVII, recoge en su casa a una prima de su mujer, loca y desamparada. Describe de manera análoga a Bernardino o a cualquier otro de sus antecesores, el amargo drama de esas personas, sin capacidad para defenderse en la vida, sin posibilidades para mantenerse en un medio hostil donde sólo reciben escarnio y daños y, al mismo tiempo, en ocasiones se muestran peligrosas para el resto de la sociedad. Como el Hospital de San Hipólito no obstante sus ampliaciones, nunca alcanzó a cubrir todas las necesidades del país, y Sayago, consiente de esta necesidad, entregó su casa por entero a la tarea de recoger y auxiliar a cuanta enferma mental de que tenía conocimiento. Este hecho ocurrió hacia 1687."⁷

Con el advenimiento del movimiento de independencia y posteriormente con el inicio de la Revolución Mexicana, se crea una gran laguna cronológica de los acontecimientos y adelantos o necesidades del sistema médico psiquiátrico. Sin embargo, sabemos que el Manicomio General de la Castañeda, elemento importante de la historia de dicha disciplina en México, es fundada e inaugurada por Porfirio Díaz, el 16 de septiembre de 1910, poco antes de la caída de la dictadura, a 334 años de la fundación del Hospital de San Hipólito y 210 del Hospital de la Canoa.

⁶ Ristich de G. M. "La locura a través de los siglos." Bruguera, España, 1970: 328.

⁷ Somolinos. D'A. G. " Historia de la Psiquiatría en México". 1ª ed. S.E.P. Scientas México 1976: 67.

El Manicomio General de la Castañeda fue prácticamente el lugar psiquiátrico de mayor importancia en México hasta el año de 1976, cuando se culminan los principales intereses de la llamada Operación Castañeda, misma que también forma parte de los proyectos modernizadores del país.

Para la etapa postrevolucionaria y en vista de que la Castañeda no podía cubrir decorosamente la demanda de atención a nivel nacional, se abre en 1944 la granja de recuperación para enfermos mentales de León Guanajuato. Entre 1960 y 1964 se establecen 6 hospitales granja más en varias regiones del país. Todas ellas en un inicio tuvieron gran éxito pero pronto mostraron limitaciones para brindar una atención digna lo que provocó su decadencia. "A principios de 1966, el panorama psiquiátrico nacional no podría ser más desconsolador, a pesar de que para entonces se contaba con cinco hospitales - granjas y un magnífico Instituto Nacional de Neurología, - que hasta la fecha sigue siendo orgullo de México.

Las consecuencias de que el sistema psiquiátrico estuviera basado en La Castañeda fueron lamentables, en tanto esta institución brillante en su tiempo, se convirtió después de medio siglo de funcionar, en un lugar infrahumano.

En efecto subsistiría el viejo manicomio general, que inaugurado en 1910 alojaba cerca de 3500 enfermos cuando su cupo original había sido planeado para solo 800. Contando en toda la república con cerca de 30 000 médicos, sólo 400 ejercían la psiquiatría y de ellos más de la mitad lo hacían en forma privada. No existían más de dos enfermeras psiquiátricas, ambas entrenadas fuera de México, y sólo se contaba con cinco residentes en psiquiatría."⁸

Para 1976, cuando en el continente europeo, la antipsiquiatría había llegado a su clímax como corriente contestataria dentro de la psiquiatría, en México la situación era aún lamentable. "Actualmente, 11 hospitales especializados y un Instituto de Neurología disponen de 5350 camas para atención de los enfermos psiquiátricos, en tanto que hay 18 Centros de Salud Mental Comunitaria en el país; si además mencionamos la Escuela para Adolescentes Débiles Mentales y el Instituto de Investigaciones Cerebrales, habremos dicho todo ya en lo relativo a los recursos del área de atención de Salud Mental de la SSA."⁹

El Plan Castañeda surge en México influenciado por el movimiento antipsiquiátrico. Este sugiere, como en tiempos antiguos, dar al paciente psiquiátrico un lugar apacible en el que pueda desempeñarse como ser productivo. Mientras tanto, en México, ni la sociedad civil ni el gremio psiquiátrico estaban preocupados por la situación de los enfermos mentales, más bien la influencia de psicoanalistas como Freud, Fromm, Basaglia, etc., habían contribuido a crear una nueva mentalidad en los mexicanos, presentando a la enfermedad mental como algo cotidiano, y causa de múltiples aberraciones en las relaciones sociales. De hecho hoy en día, ya es parte del lenguaje cotidiano hablar de estrés, de neurosis y de histeria; estos conceptos se hicieron moda en el lenguaje cotidiano. Monsivais nos relata que para 1978: "En México, el primer conocimiento masivo del lenguaje Freudiano se da a través de la nota

⁸ Sánchez H. " La Lucha en México contra las Enfermedades Mentales". F.C.E., México 1974: 21.

⁹ Velasco F. R. "La dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia". Psiquiatría Órgano Oficial de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. México, 1976 (1).

roja. Goyo Cárdenas, el estrangulador de mujeres, es un paranoico y Sobera de la Flor, el asesino, es un esquizofrénico. La mentalidad popular se estremece y ve en esas clasificaciones el principio de una nueva era donde la perturbación mental lo explica todo."¹⁰

El plan Castañeda en tanto fue ejecutado sin tomar en cuenta las necesidades del país había de tener consecuencia negativas, entre otras razones porque el movimiento que le dio origen - la antipsiquiatría - no había engendrado la posibilidad de la construcción de más granjas psiquiátricas que si se diseñaron en México.

La construcción de hospitales tipo granja, tuvo como interés el de institucionalizar un posible movimiento impugnador que no tardaría en llegar al país, proponiendo modelos de tratamiento instituidos que finalmente traerían beneficios políticos al estado mexicano.

Recuérdese que en este entonces México vivía de la economía ficticia y la panacea de vivir de lo prestado incluía la adopción de medidas que estaban de moda en Europa. Es decir, se pensaba que imitándoles, saldríamos del tercermundismo, y ello motivo decisiones como la de crear hospitales campestres.

Estas nuevas instituciones se suponía serían benéficas al reducir costos de atención médica psiquiátrica, pues se creyó posible que fueran autofinanciables, si los enfermos trabajaban realizando actividades agropecuarias y su producción se vendía. Al respecto Hector Sánchez opinaba, explicando por qué fracasaron dichos hospitales de larga estancia: "Otro es el caso de los hospitales campestres, que desde su fundación padecieron la ocupación de sus camas por un elevado porcentaje de enfermos incurables, los más de ellos abandonados por sus familiares. Se antoja que hubiera sido mejor construir para ellos lugares de custodia, dejando los nuevos hospitales para la atención de los pacientes recuperables que necesitan hospitalización no mayor de un año. Además, las granjas no han cumplido la función que se les asignó, al contrario han constituido una carga administrativa considerablemente onerosa."¹¹

En efecto, cualquier tipo de enfermo crónico resulta a la larga una carga económica; más aún si se trata de un enfermo para el cuál no existe cura, entre otras cosas, porque se desconoce en mucho lo referente a su enfermedad. El dilema reside en decidir ética y políticamente qué hacer con este tipo de sujetos inservibles para los intereses económicos del mundo moderno, que por humanos que sean, resultan ser obstáculos para la generación y acumulación de riqueza.¹²

En la cita anterior se sugería depositar a tales enfermos en lugares de custodia, que sin duda alguna, llegarían a convertirse en lugares no aptos para personas humanas. No obstante, dichos lugares se crearon y existen, y las condiciones de tales enfermos es, como en el medioevo, de abandono y rechazo. Un ejemplo de ello es la casa de Protección Social número 2 para varones, que literalmente es un asilo sin recursos para rehabilitar a sus "protegidos" en pleno final de milenio y en la Ciudad de México (Cuernavaca).

¹⁰ Monsivais C. "Las variedades del México Freudiano" en Antipsiquiatría y Política. Extemporáneos. México, 1978: 150.

¹¹ Op. cit. Sánchez H. "La lucha contra las enfermedades mentales": 23.

¹² Castañeda G. C. et al. "Problemas bióticos en la atención al paciente psiquiátrico". Psiquis. México 1996; 5(3): 60-69.

Thomas Szasz considera que el prejuicio respecto de los enfermos mentales no sólo implica la incapacidad de pensar en la posible rehabilitación, sino que se sustenta en la imposición de modelos que nunca toman en cuenta al usuario que padece enfermedad mental. "Para el asistente social de la salud mental realmente consiente, no hay enfermedad mental útil al paciente o a la sociedad, ni ningún paciente mental capaz de conseguir su autotransformación. Esto significa el menosprecio de todas las personas clasificadas como enfermos mentales y la imposición de tratamiento sobre cada una de ellas por parte de las autoridades."¹³

En México, desde mediados de la década de los ochenta y durante los noventa, aparecieron constantes y cada vez más frecuentes reclamos por parte de grupos civiles para que se modificaran las condiciones de vida de los pacientes internos en instituciones psiquiátricas. Los que más frecuentemente recibieron críticas fueron los llamados hospitales campestres. Y no fue sino hasta 1992 que se comenzaron en éstos, trabajos de remodelación que permitieron mejorar sus servicios.

Cabe destacar también que el IMSS, construyó hospitales psiquiátricos hasta la década de los ochenta y que durante los noventa lo que se prefirió, tanto en el IMSS, como en el ISSSTE y otras instancias del sector salud - por recomendación internacional -, fue la creación de anexos de hospitalización psiquiátrica en las instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel, a fin de no segregar a este tipo de pacientes y para promover una nueva cultura, misma que no ha terminado de germinar y menos aún ha podido dar frutos.

Los Hospitales Campestres modernizados, vienen a modificar el sistema manicomial que durante más de cincuenta años había sido característico de los recursos para la salud mental en México; rejas, candados y control coercitivo se abandonaron. Los nuevos establecimientos se pensaron para garantizar que mantuvieran sus puertas abiertas y que en ellos el enfermo mental encontrara una nueva motivación para su vida en un ambiente terapéutico.

En estos hospitales se dio especial importancia a la terapia ocupacional a través de talleres, granjas y huertas; lugares en los cuáles el paciente pudiera volver a socializar, produciendo su propio entorno y los satisfactores básicos mediante su trabajo, de manera que aprendieran nuevamente a construir una autoconcepción de sí mismo y que le llevaría a responsabilizarse de sí mismo y posteriormente de alguien más.

La terapia recreativa también se esperó fuera especialmente estimulada en estos nuevos modelos hospitalarios a fin de que el divertimento y el descanso fueran parte de la terapia psiquiátrica.

Dentro del nuevo sistema se incorporaron tres hospitales de tipo campestre para pacientes adultos que requieren internamientos de larga estancia, es decir de entre seis meses a un año, estos fueron: el Dr. Rafael Serrano, ubicado en el Batán Puebla, el Hospital Dr. Samuel Ramírez Moreno, en Tláhuac D.F., mismo que se dotó además con un pabellón de 100

¹³ Op. cit. Szasz S. T. "La fabricación de la locura": 284.

camas para enfermos de sexo masculino que tuvieran un proceso judicial pendiente y el Hospital Adolfo M. Nieto, que contó con una sección de 35 camas para pacientes femeninas con iguales procesos judiciales. Cada uno de estos hospitales se diseñó para una capacidad de 500 camas censables; el primero para población mixta, el segundo para hombres y el tercero para mujeres. Actualmente en todos ellos, se ha establecido el servicio de Consulta Externa.

El hospital Ocaranza, se destinó para pacientes mentales de difícil rehabilitación o que requirieran de internamientos mayores a los 365 días. Dicho nosocomio, atiende población mixta y sin restricción de edades. Para la población infantil, la Secretaría de Salud, creó el hospital Dr. Juan N. Navarro, promoviendo con ello el tratamiento especial que requiere dicho grupo etéreo y en un espacio adecuado para ellos. Atiende tanto pacientes en estado psicótico agudo, como crónicos y de consulta externa. Cuenta con 32 camas para internamientos breves, 9 consultorios para la consulta externa y diversos programas que incluyen, entre otros, la atención de los problemas en la adolescencia.

El hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, pensado como eje de este nuevo sistema de atención psiquiátrica será abordado más ampliamente en el inciso 1.3 de esta tesis.

Para el año 2000, y después de la Operación Castañeda, no se crearon nuevos hospitales para enfermos mentales. Existen los mismos que se tenían para 1976, y lo único que aumentó en número fueron los llamados centros de salud comunitaria de 18 a 32, mismos que se formalizaron a mediados de la década de los ochenta.¹⁴

Las camas destinadas a la atención de enfermos psiquiátricos corresponden a las cifras sugeridas por la Organización Mundial de la Salud- una cama por cada 10000 habitantes -, el número de éstas según los datos del Dr. Pucheu - y que siguen siendo las mismas por el momento- son 4406 de hospitales federales, mientras que " el 24% (1835) pertenecen a hospitales psiquiátricos dependientes de los Gobiernos de los Estados que reciben subsidio de la SSA. El 19% de las camas (1495) corresponde a instituciones privadas".¹⁵

Cabe subrayar que entre las características de los servicios para la atención psiquiátrica en México, está la centralización de recursos humanos e institucionales alrededor de la Ciudad de México. Este hecho no es extraño, más bien corresponde a la lógica de reproducción política de nuestra sociedad. Obviamente ello no implica, que en la parte central de la República exista la tendencia a enloquecer, aunque sea aquí donde hay un mayor número de camas.

Para finalizar, debemos recordar que la modernización de los servicios médicos en psiquiatría sigue siendo una demanda exigida a nivel mundial y no sólo en México, por ello, el pasado 1992 en Caracas Venezuela, la comunidad internacional convocada por la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Panamericana de la Salud, acordaron realizar la reestructuración de los servicios de psiquiatría en América Latina y el Caribe.

¹⁴ Calderón N. G. "Testimonio de Trabajo en la Operación Castañeda". Psiquis. México 1995, 4 (3): 40-48.

¹⁵ Pucheu R. C. "Panorama actual de la Psiquiatría y la salud mental en México en Vida y Muerte de un Mexicano". Folios. México. 1982: 143-187.

Sin embargo, y pese a los esfuerzos realizados en la conferencia, parecen existir serios obstáculos para hacer realidad ese proceso reestructurador, muchos de los cuáles trascienden las carencias económicas o los intereses políticos. Entre las contingencias más elementales para dicho proyecto, es decir, el de incorporar los servicios médicos psiquiátricos a la estrategia de atención primaria a la salud, está el vacío y confusión conceptual sobre lo que se espera de los cambios solicitados.

En muchas naciones latinoamericanas, así como en Asia y África, la Atención Primaria a la Salud, sigue siendo meta a alcanzar y la salud mental ha tenido que pasar a un segundo término cuando la amenaza de epidemias devastadoras son prioridades gubernamentales y para las que apenas existen recursos.

Por otro lado, muchas naciones no sólo carecen de instalaciones adecuadas y suficientes, sino que están en desventaja para cambiarlas o crearlas. Además, para algunas naciones resulta claro que reforma y reestructuración son lo mismo, y para ambos términos se ha pretendido, como esencia, la desaparición del hospital psiquiátrico y su sustitución por otros modelos tales como la casa de medio camino, la comunidad terapéutica, etc. No obstante, los intentos en otras latitudes por hacer desaparecer los hospitales de esta especialidad, han fracasado; de modo que ya se sabe que ninguna otra forma institucional ha podido suplir el papel que hasta ahora tiene el Hospital psiquiátrico y, por ende, todas las nuevas alternativas terminan apoyándose en él de una u otra forma.¹⁶

En tal sentido, la comunidad internacional debe seguir trabajando para justificar de manera realmente científica por qué este tipo de hospitales debe desaparecer, mientras se defiende la existencia y reproducción de otros modelos institucionales.

Mientras tanto, el incremento de problemas epidemiológicos ocasionados por la proliferación de enfermedades mentales, resultan alarmantes para todas las naciones, ya sean ricas o pobres. La OMS ha estimado que para el próximo milenio, la morbilidad psiquiátrica seguirá avanzando, esperándose que la depresión escale lugares entre las enfermedades invalidantes y señala que: "de 1985 al año 2000 el número de defunciones por causas con componentes psicosociales y psicopatológicas pasará de 234,209 a 352,265 en América Latina, lo cuál representa un aumento de 50.4%."¹⁷

¹⁶ Castañeda G. C. "Reforma o Restructuración Psiquiátrica", en *Psiquis*, México 1994, 3 (6): 129-135.

¹⁷ Itzhak L. B. et. al. "Salud Mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción". *Boletín de la OPS*. 1989; 107(33): 196-219.

RESEÑA HISTÓRICA DE LA ODONTOLOGÍA EN MÉXICO.

Se sabe de la existencia de la odontología prehispánica gracias al testimonio contenido en diferentes libros en los que se recogen datos relacionados con las enfermedades de la boca, uno de ellos es el "Código Cruz Badiano", y en él se refiere gran variedad de plantas medicinales que eran utilizadas para el tratamiento de distintos padecimientos bucales.

Este herbario azteca escrito en 1552 en lengua náhuatl por el médico indígena del colegio de Santiago Tlatelolco Martín de la Cruz y traducido al latín por el Xochimilca Juan Badiano contiene información sobre 251 plantas, de las cuáles 185 fueron reproducidas en el código. El libro está dividido en trece capítulos y abarca casi todas las enfermedades del cuerpo. Ahí encontramos un capítulo dedicado a los padecimientos de la boca. La obra quedó terminada en 1582, y su redacción definitiva generó doce tomos, uno de los cuáles abarca el tema de la odontología.

Los tratamientos que se mencionan en este libro hacen referencia, entre otros temas, a la higiene bucal (halitosis), al tratamiento de las encías inflamadas (gingivitis y periodontitis), al dolor de las piezas dentarias, a la putrefacción de los dientes (caries) y al trismus o espasmos musculares.

Otros datos sobresalientes que podemos encontrar respecto de la odontología prehispánica y la atención que daban a las enfermedades bucales, se hallan en la obra del sabio franciscano Fray Bernardino de Sahagún y en una obra escrita por el médico de Cámara de Felipe II, el Doctor Francisco Hernández quien reunió más de tres mil plantas medicinales, de las cuáles algunas eran para los tratamientos de odontología.¹⁸

Sin duda, el conocimiento prehispánico era muy amplio, y gran parte de él se destruyó con el advenimiento de la colonia española, no obstante, sabemos que la práctica de la dentistería, llegó a México junto con los conquistadores; es decir, aquella práctica empírica, no científica y generalmente mutilante, que ejercían los barberos sobre las personas que se quejaban de dolor dental. Aproximadamente tres siglos después de la caída del Imperio Azteca, dominó en La Nueva España este tipo de servicios dentales. Fue hasta 1841, cuando en México, se inicia la educación formal de la disciplina odontológica. Durante la administración de Comonfort, se constituyó el Consejo Superior de Salubridad para controlar las acciones de los charlatanes, barberos y flebotomianos.^{19,20}

Este consejo instituyó la obligación de que todas las personas que se dedicaran al ejercicio de la cirugía, la farmacéutica, la flebotomía, al arte de partear y la dentistería, presentaran un examen de conocimientos y habilidades para poder ejercer.

¹⁸ Fastlicht S. "La Odontología en el México Prehispánico". 1ª ed. Interamericana. México. 1971: 79-105.

¹⁹ San Filippo B. "Antes de hace veinticinco años o en donde se enseñaba la odontología en México". ADM. México. 1998; 55 (3): 150-156.

²⁰ Soberon G. K. et. al. "La Salud en México: Testimonios 1988" Especialidades Médicas en México". Tomo IV. Vol 1 y 2ª ed. SSA-FCE. México 1989: 312-354.

Años más tarde, estas actividades de exigencia curricular se delegaron a la Escuela de Medicina. Los requisitos para presentar el examen diseñado por dicha escuela eran: a) Certificado de tutelaridad durante dos años con algún dentista respetable, b) Solicitud de examen dirigida a la Escuela de Medicina con copia al Consejo Superior de Salubridad, c) Tres cartas que certificaran la buena conducta, decencia, respetabilidad y moralidad del solicitante y d) Pago de 100 pesos para cubrir los gastos del examen.

Bajo estos requisitos, el primer dentista que se tituló fue el francés Eugenio Crombé, el 19 de agosto de 1841; le siguieron seis u ocho dentistas extranjeros y hasta 1854 se graduó el primer mexicano: Mariano Chacón. Siendo, en ese entonces, una práctica exclusiva de varones, no deja de llamar la atención el hecho de que el 18 de enero de 1886 se graduara como dentista Margarita Chorné y Salazar.

El 19 de abril de 1904, se inaugura el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental, anexo a la Escuela de Medicina, y en 1913 se cambia el nombre por el de "Escuela Nacional de Odontología", introduciendo programas de estudio más ambiciosos y completos, buscando mayor preparación médica de los egresados, de tal suerte que se amplían o incorporan materias como anatomía, fisiología, farmacología, embriología, terapéuticas médica y quirúrgica, etc; que unidas a materias odontológicas como operatoria dental, prótesis fija y removible, prótesis total, química de los materiales dentales, radiología dental etc.; contribuyeron a formar verdaderos profesionales.

Desde entonces la formación de odontólogos ha aumentado considerablemente. Según la encuesta de Publicaciones Index, efectuadas a finales de 1982, se calculó que en ese año había en la república mexicana alrededor de 26 000 odontólogos activos. Esta empresa tenía registrados formalmente 15000 dentistas y 4000 en proceso de incorporación. Calculando que todos estos representaban 75% del total activo, consideraron que el 100% serían 25 700 dentistas.²¹

Con respecto a las escuelas de odontología, en México se tuvo la mayor expansión durante la década de los setenta, inaugurándose 7 en sólo 12 meses; posteriormente se abrieron, en promedio, una escuela por año. En provincia las escuelas de odontología más antiguas fueron las de Guadalajara, Monterrey y Mérida, inauguradas con el pretexto aparente de que la prevalencia de una de las enfermedades bucales más frecuentes, la caries dental, afectaba 98.5% de la población general.

En nuestro país, para 1994 se tenían reportadas 53 escuelas odontológicas de las cuales 16 eran privadas. Para la década de los noventa (1996),²² existían 12 escuelas de odontología en el Distrito Federal, a saber: Facultad de Odontología UNAM, Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Zaragoza, Iztacala, Escuela del Instituto Politécnico Nacional, Universidad Latinoamericana, Escuela Dental Militar y la de Marina, Universidad Autónoma

²¹ Idem. 319.

²² Organización Panamericana de la Salud. "Las condiciones de Salud en las Américas". Washington D.C: OPS 1994 2 volúmenes (Publicación Científica 549): 318.

Metropolitana, Universidad Intercontinental, Universidad Tecnológica de México y la Universidad Justo Sierra.²³

Las principales escuelas de odontología del país cuentan actualmente con por lo menos un curso de posgrado, generalmente en áreas de odontología infantil, ortodoncia y endodoncia. La especialidad en cirugía se lleva a cabo en los hospitales. En la Escuela de Salud Pública de la Secretaría de Salud se imparte la Maestría en Odontología Sanitaria. Además, se calcula en 50 el número de posgrados impartidos por las diferentes escuelas de odontología en toda la República. En el Distrito Federal, el Centro de Investigación y Especialización y Rehabilitación Oral (CIERO) imparte cursos de posgrado en rehabilitación oral y otras áreas.

Como vimos anteriormente, el incremento de las escuelas de odontología y la sobrepoblación estudiantil correspondiente, fueron producto de un error de interpretación de los datos epidemiológicos encontrados en numerosas encuestas de diferentes organismos, como el 98.5% de prevalencia de la caries dental y las políticas gubernamentales vigentes en esa época, cuya consecuencia directa fue el alto grado de desocupación para egresados, prevaleciente aún en nuestros días.

Para reforzar los conocimientos adquiridos en las escuelas de odontología se crea el Servicio Social, iniciando en el Hospital Juárez en la década de los sesenta, en este hospital se llevaron a cabo estudios y prácticas hospitalarias para los odontólogos de ese tiempo, a partir de 1987 en el Seguro Social, y posteriormente en el ISSSTE y en la Secretaría de Salud se instalaron las residencias en forma oficial para cirugía maxilofacial. En el Seguro Social, el origen de esta residencia fue el Hospital La Raza, y casi simultáneamente se iniciaron los estudios en el Centro Médico Nacional. En el Hospital General; en el ISSSTE, el Hospital 20 de Noviembre fue el iniciador de la residencia en cirugía maxilofacial.

Según la ANFEO (Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología) como resultado de una encuesta nacional sobre Servicio social del año de 1982, estimaba en 39,000 el número de estudiantes inscritos oficialmente. Actualmente se calcula en 54,000.

Las instituciones gubernamentales (IMSS, ISSSTE, SSA), abren plazas para odontólogos, incluyendo el Hospital Central Militar y PEMEX que desde su fundación brindan atención odontológica integral a empleados y familiares. En 1989 se sabe, según datos confirmados por la SSA, que se contaba con 1319 dentistas de base y 73 especialistas, con un total de 1803 consultorios dentales para todo el país, éstos como recursos totales para la atención de la población abierta que a dicha institución corresponden, incluso cuando las patologías dentales eran la tercera causa de demanda de atención. Cabe hacer notar que entre 1983 y 1988, sólo el 1.8% de los egresados consiguieron empleo en instituciones²⁴ y que para 1996, se informó que en el sector privado ejercían aproximadamente 5540 odontólogos.²⁵ Cuando se ha manifestado una filosofía institucional en la práctica odontológica, ésta realmente se ha

²³ Op cit. San filipo B. "Antes hace 25 años o donde se enseñaba la odontología en México": 154.

²⁴ López C. V. et. al. "Trabajo odontológico en la Ciudad de México - Crisis y cambio". UAM Xochimilco, México. 1992: 7-151.

²⁵ Op. cit. Organización Panamericana de la Salud. "La salud de las Américas" (549): 217.

legado, principalmente, a la tónica gubernamental privativa en cada época. Lo común ha sido que la odontología actúe por su cuenta en el contacto con los pacientes.

En términos generales, a pesar de su origen académico distinto al de la medicina, en cuanto a la prestación de servicios la odontología queda totalmente inmersa en los servicios médicos y depende de las políticas médicas, no siempre comprensivas de las necesidades odontológicas que presenta la población.

En ese sentido es comprensible que además del limitado número de plazas en este tipo de centros de salud, los pacientes prefieran acudir, cuando les es posible a la consulta privada, donde además puede elegir de manera real al médico odontólogo que mejor le parezca tanto por habilidades, como por precio y accesibilidad. Así, tenemos que la práctica odontológica sigue siendo prioritariamente ejercida de manera liberal y estando en muchos sentidos lejana a la mayor parte de la población.

Debe entonces aquí remarcar, que si bien la Estrategia de Atención Primaria a la Salud es un compromiso firmado y aceptado por el Sector Salud nacional, ésta sigue siendo una meta a alcanzar en las instituciones médicas que brindan también servicios dentales, ya que como se dijo antes, la práctica preferentemente mutilatoria y las limitaciones para ofrecer restauraciones y prótesis en este tipo de servicios, dificulta y hasta impide una adecuada aplicación de la prevención y la educación que promueve dicha estrategia. Por llevar a cabo lo anterior se surgieron planes educativos para la incorporación de técnicos que, con corto entrenamiento, efectuaban las labores que realizan los profesionales con más tiempo de estudios. Uno de estos planes se desarrolló con resultados que afectaron a la odontología hace más de 10 años en el Módulo de Salud de Ciudad Nezahualcóyotl.

Las consecuencias que esto ha traído al ejercicio de la odontología se desconocen aunque se presume que tiene influencia directa en las condiciones de trabajo del odontólogo y en los niveles de vida que logra como profesionalista.

La razón simple de no poder presentarse como un gremio sólido, en tanto su trabajo liberal le mantiene separado y aislado, no sólo de sus colegas sino de la mayor parte de los grupos sociales, le hace susceptible de consumir más que de crear alternativas propias.

Una de las consecuencias de este tipo de práctica es la baja participación de la mayoría de los odontólogos en la producción de nuevos saberes, no sólo epidemiológicos sino y sobre todo en el desarrollo de nuevas tecnologías propias y adecuadas a las necesidades de la población que atiende. Con ello ha logrado acentuar aún más su dependencia tecnológica y científica.

Se sabe entre otras muchas cosas, que las consecuencias del tipo de trabajo liberal afectan no sólo la salud del profesional odontológico sino que interfiere de manera real en sus relaciones íntimas y familiares al imponerle ritmos prolongados y extremos de trabajo para conseguirse una vida digna, dependiendo del lugar donde establece el consultorio dental.

Los profesionales de la odontología por lo regular son negligentes para escribir, y los libros que se presentan por especialidad en realidad son pocos. Por otra parte la publicación en

revistas también escasea en nuestro país, a veces por el costo de las ediciones, a veces por el poco material por publicarse o por su intrascendencia; el caso es que sólo existe una revista profesional, incluida en el Index Internacional, que es la de la Asociación Dental Mexicana. Algunas agrupaciones como la Asociación Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial, y la Academia Nacional de Estomatología, han hecho intentos serios de publicar una revista, pero con grandes tropiezos, particularmente económicos.

En forma privada y comercial la revista *Práctica Odontológica* es la única que se mantiene viva, desde hace más de dos décadas y que va superándose en cuanto a su contenido científico.

La investigación en odontología ha sido limitada, por factores tanto económicos como personales y gubernamentales. Además de que investigaciones que han sido realizadas por diversas instituciones nunca fueron publicadas.

Existen muchos trabajos de autores mexicanos en la investigación clínica, por lo que resultaría inútil tratar de resumirlos aquí, aunque una muestra interesante de éstos puede encontrarse en la bibliografía usada para esta tesis de los más recientes estudios realizados en el país. No obstante cabe señalar que muchas veces las investigaciones no se publican, o no se hace en forma oportuna, conveniente o suficientemente generalizada. En lo que se refiere a la investigación tecnológica podemos distinguir dos tipos, uno en el ramo de materiales, medicamentos, instrumental, etc., y otro referente a equipos.

Según Soberón G. Kumate, para el año 2000 el profesional de la odontología debería contar con el siguiente perfil:

"Deberá ser un profesional completo, académicamente hablando, con amplios conocimientos, no sólo odontológicos sino médicos en general; deberá saber utilizar los adelantos tecnológicos vigentes en comunicación, computarización, microscopía, rayos láser, etc., que sin duda estarán aplicándose en su campo."²⁶

Así mismo sugiere que debería actualizarse permanentemente la currícula para que los conocimientos impartidos en la cátedra puedan aplicarse de manera realista y no como hasta ahora, en la que frecuentemente existe ruptura entre conocimientos técnicos y médicos, entre biología y artesanía y entre arte y ciencia.

No puede negarse la trascendencia de las instituciones públicas de salud en el bienestar de la comunidad mexicana, pero en materia odontológica desde hace mucho existe notoria y franca diferencia entre lo que se aprende nivel académico y lo que se aplica profesionalmente en las instituciones de salud. Con ciertas reservas, puede eximirse de esta dicotomía a la cirugía maxilofacial, cuya discordancia entre lo aprendido y lo aplicado es mucho menor que en la odontología general. Esto significa que deberá haber coordinación estrecha entre las instituciones y las escuelas de odontología para adecuar los programas escolares y los curriculares en forma tal que los profesionales resultantes puedan ser

²⁶ Op. cit. Soberón G. K. "La Salud en México. Testimonios 1998" Especialidades Médicas en México". Tomo IV: 346.

verdaderamente útiles, que no se soslaye en la enseñanza la educación profesional cambiándola por el adiestramiento.

A sabiendas de las necesidades acumuladas hasta el presente, al odontólogo del futuro se le deberá formar una conciencia preventiva, de modo que aún en los últimos niveles rehabilitatorios bucales piense en esa genial máxima de la medicina, *primum non cere*: (ante todo no dañar).

CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez fue inaugurado el 9 de mayo de 1979, por el expresidente Gustavo Díaz Ordaz. Se le dotó de 600 camas censables para atender enfermos mentales, hombres o mujeres adultos, en estado agudo de la enfermedad. Se le define como un hospital de corta estancia, porque los pacientes solo permanecen internos como máximo 90 días, aunque la estancia promedio para 1999 fue de 20 días para población menor de 60 años y de 28 para adultos mayores de 60 años.

Cuenta con una plantilla de personal adscrito de casi 1000 personas que trabajan divididos en cinco turnos para dar atención las 24 horas los 365 días del año. Tanto el personal médico como paramédico es preferentemente especialista en el área y los que no lo son reciben cursos continuos afines a su disciplina de origen, que les capacita para dar la correcta atención a este tipo de personas.²⁷

El servicio se ofrece para población abierta, aunque se subroga atención a derechohabientes de PEMEX y del ISSSTE. El 70% de los usuarios residen en la zona metropolitana y conurbada del Distrito federal y el 30% restante es referido por instituciones médicas, Federales o estatales del interior de la república. Las referencias pueden ser emitidas por otras instituciones psiquiátricas o por médicos generales que no tienen a su alcance otro recurso institucional psiquiátrico que sea cercano al lugar de origen del paciente.²⁸

Este hospital se rige por la Norma Técnica 025, para hospitales psiquiátricos, publicada en el Diario Oficial de la Nación.²⁹ Por lo que el internamiento requiere la autorización de la persona enferma o la solicitud de una instancia judicial cuando haya precedido el Juicio de Interdicción.

Se considera la institución eje del sistema emanado de la llamada Operación Castañeda, antes descrita, en tanto funciona como Centro Nacional de Urgencias Psiquiátricas y es la principal sede de la Residencia de la especialidad médica en Psiquiatría del país. Se calcula

²⁷ Documento interno del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, año 2000, Informe Anual de Actividades.

²⁸ Castañeda G. J. et. al. "La calidad de la atención en un Hospital Psiquiátrico: Fray Bernardino Alvarez 1988". Trabajos de Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, México, 1990; I: 21-38.

²⁹ Diario Oficial. Norma Oficial Mexicana. "Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria. Médico Psiquiátrico". NOM-025-SSA2-1994.

que más del 80% de especialistas médicos psiquiatras y paramédicos en salud mental formados en el país, han cursado sus estudios en este hospital. Dicha formación también se brinda a extranjeros, fundamentalmente Centro y Sudamericanos.³⁰

Por otra parte, cabe mencionar que es sede de la Asociación Mexicana de Atención Integral de Personas de la Tercera Edad (AMAITE), motivo por el cual es el único hospital de la especialidad que cuenta con un servicio de psicogeriatría y mantiene programas especiales y específicos para pacientes adultos mayores, lo que incluye instalaciones diferentes y personal exclusivo para su atención.

Su estructura arquitectónica planeada originalmente como edificación horizontal, hubo de construirse verticalmente dadas las limitaciones del predio que fue concedido para su construcción. Así, quedó integrado como un edificio de 10 niveles. Cabe señalar que desde 1987 se encuentra en remodelación y que ésta ha sido financiada a través de los programas gubernamentales de Hospital Digno y Solidaridad; teniendo planeado finalicen todos los trabajos en el mes de mayo del año 2000. Por dicha remodelación, a la fecha en que se realizó el estudio de esta tesis, es que la capacidad de internamiento se encontraba disminuida a 400 camas censables.

El hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez puede dividirse en tres grandes áreas: Hospitalización continua, es decir, incluye todos los servicios que se dan a los pacientes que requieren internamiento; Servicios Ambulatorios, o sea, los que se brinda a los pacientes psiquiátricos que no requieren internamiento o bien que se encuentran en el programa de Hospitalización Parcial y de Psiquiatría Comunitaria: este último servicio esta destinado a la población general, con o sin problemas de trastorno mental, y que se atiende directamente en el domicilio o lugares públicos de la localidad.

Por la distribución de sus instalaciones y servicios, el hospital de estudio tiene las siguientes características: en el Edificio denominado "Anexo" se encuentra ubicada la Subdirección de Servicios Ambulatorios que integra tanto a la Consulta Externa como a Hospital Parcial, Psiquiatría Comunitaria, Sala de Observación y Urgencias. En el primero se da consulta de primera vez y subsecuente a las personas que lo soliciten en turno matutino y vespertino. El Servicio de Hospital Parcial está dividido en dos programas, el de Día y el de Fin de Semana, en ellos se da tratamiento a pacientes no hospitalizados que requieren de un tratamiento para su resocialización. El Servicio de Psiquiatría Comunitaria, prácticamente sólo usa la instalación para planificar y administrar las actividades encaminadas a prevención y promoción de la salud mental en las comunidades de la Ciudad de México y zona conurbada para realizar diagnóstico precoz de trastornos mentales o establecer tratamientos en personas detectadas con este tipo de padecimientos a fin de evitar que las patologías promuevan la necesidad de internamientos o la aparición de dichas patologías.

Urgencias y Observación son dos servicios que trabajan de manera articulada, en tanto la mayor parte de la demanda de atención que se recibe es a causa de manifestaciones psicóticas en las personas que solicitan la atención. En el servicio de Urgencias se atienden de primera instancia y se diagnostica, prescribe tratamiento y se derivan a Sala de

³⁰ Op. cit. Documento Interno del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez".

observación cuando se requieren elementos diagnósticos más preciso para determinar la necesidad de un internamiento, la transferencia a otra unidad hospitalaria o para desintoxicar a los usuarios en caso de requerirse.

En el sótano del edificio inicialmente construido, se encuentra: patología, comedor para empleados y la cocina general; lavandería, cuarto de máquinas, vestidores, almacén general, archivo muerto y oficinas de mantenimiento.

En el primer piso están oficinas de gobierno, admisión, caja, checador, Recursos Humanos, Jefaturas de: enfermería, trabajo social, intendencia, seguridad e inventarios. También están las oficinas del Sindicato, la pagaduría, la caja, el conmutador, Archivo Clínico, servicio de fotocopiado, salida al jardín, tienda para personal y usuarios, así como los talleres que conforman el Servicio de Terapia Ocupacional, mismos que incluyen: terapia física, carpintería, gimnasio, estética, bordado, tejido, dibujo, tapetes y pirograbado.

El primer piso alberga a los denominados servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento integrado por laboratorio clínicos, gabinete de radiodiagnóstico y electroencefalografía, farmacia, quirófano, unidad de cuidados intensivos psiquiátricos y de interconsultas médicas o quirúrgicas con 24 camas (UNQAIP); central de esterilización, dos consultorios dentales, oftalmología y ginecología.

Lo que se denomina Hospitalización continua se encuentra entre el segundo y séptimo pisos del edificio original. Cada piso tiene dos secciones, una destinada para personas de sexo femenino y la otra para masculinos; ambas tienen una capacidad de 45 camas, excepto el sexto piso donde se ubica el Servicio de Psicogeriatría que cuenta con sólo 32 camas y en el cual no se separa a la población por sexo.

En la parte central de cada piso de hospitalización se dispuso, la sala de juntas y las oficinas del jefe médico y su secretaria. Este espacio es un lugar intermedio que también sirve para dividir la sección "hombres" de la de "mujeres", y funciona como sala de espera para los familiares que acuden a visita, todos los días, de cuatro a seis de la tarde.

En el interior de cada una de las secciones se construyeron seis consultorios, una central de enfermería, una cocina de distribución de alimentos, un área amplia con funciones tanto de sala diurna (para juegos de mesa y ver televisión) como de comedor, una sala de visitas, cámara de Gessel, cuarto séptico, sanitarios y regaderas.

El nosocomio cuenta además, con un amplio jardín y estructuras para juegos al aire libre. Los pacientes bajan a Jardín dos veces al día; primero entre las diez y doce del día para que hagan deporte, socialicen y descansen después de sus actividades en talleres. Su segunda salida a jardín se realiza cuando los visita la familia y salen con ellos a platicar en un ambiente abierto, o si lo desean o las condiciones climáticas les impiden salir a jardín, permanezcan en las áreas de internamiento.

La docencia que fue y sigue siendo una actividad muy dinámica en este hospital, contó desde sus inicios con seis aulas para 70 alumnos cada una y fueron equipadas con los recursos y materiales más modernos de la época. Además, se construyó un auditorio para

240 personas y una biblioteca. A este respecto debemos mencionar que la actual administración del hospital ha fomentado que las aulas y el auditorio sean también utilizados tanto por los pacientes como por los familiares de éstos en actividades terapéuticas y lúdicas, a fin de que el uso de las instalaciones sean un pretexto para reunificar y fortalecer los lazos entre el binomio familia-paciente y no sólo para la docencia, ya que la participación de los alumnos de pre y posgrado en dichas actividades también redundará en la generación de nuevos conocimientos.

El último piso (octavo) está distribuido en salas de descanso y estudio para los 80 residentes con los que cuenta el hospital; motivo por el cual el octavo piso alberga también a la Residencia Médica y a la Subdirección de enseñanza, investigación y capacitación y a la biblioteca, esta última también abierta a todo público.

Más recientemente se terminó el área de imagenología que quedará en planta baja a espaldas de la dirección y que en realidad constituye un segundo anexo. En él se encuentran equipos con la más alta tecnología para estudios cerebrales que ayudan a precisar diagnósticos de origen neurológico.³¹

MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA.

Las patologías psiquiátricas no son exclusivas de ningún país ni distinguen entre sexos, edades, clases sociales o cualesquiera otra característica humana. La epidemiología de los trastornos psiquiátricos y de los problemas psicosociales, indican que su incidencia tiende a crecer en un 29.5%. Sin embargo, es importante mencionar que la distribución de los problemas mentales en la población no es aleatoria, y que hay una relación inversa entre el estrato socioeconómico y la tasa agregada de trastornos: Cuanto más bajo es el nivel tanto más alta es la tasa.³²

Se estima que el 1% de la población sufre trastornos mentales graves y entre el 5 y el 10% experimenta en algún momento de su vida, ansiedad, depresión o problemas psicosociales que afectan a la salud. Según la OMS, la depresión, la ansiedad y otras alteraciones asociadas producen más consultas en clínicas de atención primaria que todas las enfermedades infecciosas juntas. En el caso de los niños el 10% de los menores del tercer mundo presentan cierto grado de trastorno conductual o psiquiátrico como el déficit de atención y los trastornos del aprendizaje.³³

En México un 18% de la población urbana entre 18 y 64 años sufre trastornos psiquiátricos específicos. Estos datos fueron obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM)

³¹ Una reseña Histórica de la Psiquiatría en México. "Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez". Mayo 9, 1997. Biblioteca Médica: 1-60.

³² Organización Panamericana de la Salud. "Las condiciones de salud de las Américas". Edición de 1998. Washington D.C. OPS 1998, 2 v. (Publicación Científica: 569): 358

³³ Martínez - Palomo A. "La comisión Internacional de Investigación en la Salud". Salud Pública de México. 1991; 33: 399-409.

de una submuestra de 2025 personas adultas. Este estudio es el primero en su género que ha intentado estimar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos específicos en México.³⁴

Los trastornos afectivos bipolares constituyeron el 0.6% y predominaron en los hombres; los trastornos depresivos más severos alcanzaron el 3.2%, mostrando ligera tendencia a ser más frecuentes en edades mayores; los trastornos depresivos menores representaron el 10.3%, predominando la neurosis depresiva tanto en mujeres jóvenes como en edad madura.

El 1.6% de la población adulta comunicó haber intentado suicidarse. Se ha estimado también, que la esquizofrenia afecta aproximadamente al 0.7% de los sujetos, afectando por igual a hombres y mujeres, predominando en el grupo de edad más joven. La psicosis esquizofrénicas, ocupan el primer lugar; principalmente es el tercer nivel de atención, intrahospitalaria o en la consulta externa a donde acuden estas personas.

Cabe subrayar que la esquizofrenia ocupa también el primer lugar como causa de internamiento en hospital para ambos sexos y fue también la forma de patología más frecuente diagnosticada en los pacientes crónicos hospitalizados en 1992.³⁵ La psicosis inespecífica representó un 0.9%, y se apreció un incremento con la edad y afectó por igual a ambos sexos.

Los trastornos obsesivos se estimaron en un 2.9%, afectando principalmente a mujeres en edad media; los trastornos de ansiedad representaron el 0.7% siendo más frecuente en las mujeres de edad más joven.

Las psicosis afectivas son también causa importante de demanda de servicios de salud mental, afectando más frecuentemente a las mujeres; los trastornos depresivos y de ansiedad son los principales motivos por los que los pacientes acuden a consulta tanto en la especialidad como en otros niveles de atención.³⁶

La epilepsia tiene una prevalencia de entre 3 y 7.3 por cien mil habitantes afectando más frecuentemente a población rural que urbana,³⁷ se presenta por igual en hombres y mujeres, con mayor frecuencia en el grupo de más edad. La epilepsia presenta tasas de prevalencia para América Latina que oscilan entre 1.3% y 5.7% de la población general.

La niñez no es inmune a los trastornos psiquiátricos. Un estudio efectuado en Puerto Rico informó una tasa de prevalencia de los trastornos psiquiátricos moderados y graves de 16%. La demanda atendida en los servicios de salud mental en los centros de salud de la ciudad de México han mostrado que una tercera parte corresponde a niños, siendo los trastornos de conducta y los problemas del aprendizaje los motivos más frecuentes de la demanda de atención.

³⁴ Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría: Encuesta Nacional de Adicciones 1988.

³⁵ IMP y la DNSM: "Encuesta Nacional de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados y Situación de la Unidades de Tercer Nivel. Resultados Preliminares". IMP; 1992.

³⁶ Gómez E. M. et. al "Detección de Alteraciones Emocionales en Pacientes, obstétricas y ginecológicas". Ginecología y Obstetricia de México, 1990; 58: 112-116.

³⁷ Caraveo A J. et. al. "Trastornos Psiquiátricos en niños de la República Mexicana. Resultados de una encuesta de hogares". Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1992. 3: 56-62.

La tasa de población de América Latina y el Caribe, refiere que no menos de 17 millones de niños de 4 a 16 años estarían afectados por trastornos que requieren intervención. Los trastornos en los infantes que ameritan de atención especializada se presenta principalmente en sujetos de entre 3 y 12 años de edad, afectando al 7% de dicha población, no obstante no se recomienda su internamiento, aunque en algunos casos éste es inevitable.³⁸

Con respecto a los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud Mental, en la población estudiada el 7% manifestó incapacidad para asistir al trabajo o a la escuela a causa de problemas de salud mental.³⁹

Por otra parte en 1992 se realizó la Encuesta Nacional de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados⁴⁰ obteniendo información acerca de dicha población en la Secretaría de Salud, así como sus condiciones clínicas. Entre los diagnósticos más frecuentes destacaron los trastornos esquizofrénicos y el retraso mental, representando cada uno el 32%, las psicosis orgánicas un 28%, la epilepsia con 12%, las demencias seniles y preseniles un 4%.

En esta encuesta se arrojaron datos con respecto de las adicciones a sustancias psicoactivas que derivan en patologías o trastornos psiquiátricos en distintos órdenes, llegando incluso a producir lesiones cerebrales; así, se sabe que en México el 66.5% de la población urbana entre los 12 y 65 años de edad son bebedores. Según datos obtenidos por la OMS se estima que seis millones llegan con frecuencia a la embriaguez y de tres a cuatro millones cumplen con el criterio de dependencia al alcohol. De 1970 a 1990, el consumo per cápita de alcohol pasó de 2.01 a 3 litros anuales. Además, la cirrosis hepática sigue siendo la principal causa de muerte en esta población.⁴¹

Estudios realizados en el Instituto Mexicano de Psiquiatría indican la estrecha relación que hay entre el consumo excesivo de alcohol y los hechos violentos. Por otra parte cabe destacar que entre las diez principales causas de muerte para población general se tiene al homicidio, la violencia y los accidentes, mismos que suelen tener grados letales cuando se asocian al consumo de alcohol y drogas que con frecuencia llegan a ocasionar traumatismos;⁴² en cuanto a la violencia intrafamiliar se ha encontrado la misma relación, en particular los hombres y los jóvenes se involucran con más frecuencia en actos de violencia relacionados con los estados de embriaguez.⁴³

Las drogas más utilizadas son la marihuana, los inhalables, los medicamentos tranquilizantes y la cocaína. La adicción a drogas ocupa el quinto lugar entre los motivos de hospitalización psiquiátrica en población masculina y el sexto en demanda de consulta externa.

³⁸ Ibidem. 20

³⁹ Caraveo A. J. "La prevalencia de los Trastornos Psiquiátricos en la población Mexicana. Estado actual y perspectivas". Salud Mental. México 1996: 19: 8-13.

⁴⁰ Caraveo A.J. et al. "Encuesta Nacional de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados". Salud Mental. México, 1995:85

⁴¹ Op. cit. Organización Panamericana de la Salud "Las condiciones de Salud en las Américas": 201.

⁴² Ramos L. et al. "Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas". Salud Mental México, 1996: 19: 19-32.

⁴³ Idem. 32.

La mayor parte de las personas adictas, inician el consumo a edades tempranas de la adolescencia y tienden finalmente a combinar el consumo produciéndose enormes daños a la salud. Incluso se sabe desde 1997, que el consumo de sustancias como la cocaína, el "crack", la heroína y las anfetaminas comienzan a tener en México éxito entre los adictos. Se sabe de éstos que en su mayoría son hombres de entre 19 a 34 años y no se asocia con los sectores de ingresos altos, incluso los centros de integración juvenil reportan haber tratado a más de 37 mil menores. Algunos estudios en su mayoría realizados en el Instituto Mexicano de Psiquiatría aportan información destacando el hecho de que los usuarios excesivos de drogas han llevado a cabo más actos antisociales, en particular los individuos que consumen cocaína.⁴⁴

En México la proporción de investigación dedicada a los servicios de salud es muy pequeña. Los datos que cubren el periodo de 1979 a 1986 muestran que ésta sólo representa un 2%, es decir 20 investigaciones. Cuando nos referimos a los servicios de salud mental los trabajos son aún más escasos, la mayoría de ellos realizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

En 1984, Medina, Padilla, Peláez, Caraveo y colaboradores, realizaron un estudio sobre la prevalencia de los trastornos mentales en el primer nivel de atención en tres poblaciones: un centro de salud, una unidad de medicina familiar y un hospital general. Las principales causas de morbilidad psiquiátrica encontradas fueron: las neurosis y las reacciones de adaptación.⁴⁵

Los trastornos emocionales tuvieron una frecuencia entre el 35 y 50%, la frecuencia para las tres instituciones se estimó en 40%. Respecto al sexo, las mujeres presentaron mayor prevalencia y respecto al grupo etáreo, la patología mental fue más frecuente en las personas mayores de 42 años.

Datos obtenidos de la Escuela Médico Militar, IMSS (1968), mostraron una mayor prevalencia en los jóvenes de 9 años, siendo los trastornos más comunes las reacciones neuróticas con un 6.4% y los problemas emocionales menores con 6.0%.

Por otra parte el estudio de Caraveo y colaboradores muestra que en 1983, el IMSS registró los trastornos neuróticos como el 13° motivo de consulta. Este estudio también recabó datos sobre las principales alteraciones mentales por demanda de consulta externa en 11 hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud. La epilepsia 19.4%, la esquizofrenia 15.2%, la neurosis 14.8% y el retraso mental 10.9%.

En 1988 se participó en un estudio multicéntrico propuesto por la Organización Mundial de la Salud, con el objeto de fomentar el desarrollo de los servicios de salud mental y mejorar la calidad de la atención a los enfermos con estos trastornos.

⁴⁴ Op. cit. Dirección General de epidemiología. Encuesta Nacional de Adicciones 1998: 125.

⁴⁵ Medina, et. al. "Prevalencia de Trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general". Acta de Psiquiatría y Psicología en América Latina. México. 1985; 31: 53-61.

Respecto de la frecuencia con que se atienden los trastornos mentales en la práctica médica general, los resultados son similares a los detectados en la bibliografía internacional y en Latinoamérica indicando que una cuarta parte de la población que acude a los servicios tiene un componente psíquico a tomarse en cuenta, sea como afección principal o aunada a otro problema de salud; el 10% aproximadamente, requiere de atención especializada, siendo la depresión el síndrome más frecuente en la población adulta; en los niños los trastornos de conducta son las manifestaciones más evidentes. La demanda atendida a nivel hospitalario indican que principalmente consta de pacientes con patologías de larga evolución.

En 1987 se da respuesta a esta necesidad de servicios de salud mental con la publicación de normas técnicas que rigen el tratamiento de los trastornos emocionales dentro del sistema general de salud en los diversos niveles de atención de acuerdo con Ramón de la Fuente,⁴⁶ la falta de capacitación por parte del personal en el primer nivel de atención de los trastornos mentales, así como la falta de psiquiatras y otro personal especializado en salud mental (psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras) en los tres niveles, es uno de los factores que más limitan las posibilidades de dar un servicio de calidad en salud mental.

En la Ciudad de México, en donde existe un mayor número de servicios de psiquiatría y salud mental en el primer nivel de atención, se ha observado que estos pacientes hacen poco uso de ellos. Los autores señalan como factores asociados a la demora en la atención especializada, el nivel educativo del paciente, los obstáculos económicos y la lejanía de los hospitales. Por otro lado reportan un manejo farmacológico inadecuado en la primera instancia de ayuda (Salud pública de México).⁴⁷

Otro proyecto internacional coordinado por la OMS, en el que participaron 11 países incluido México, reporta en los resultados: Que tenemos un número muy bajo de psiquiatras por habitantes considerados en riesgo, comparados con otros países. El país con mayor número de psiquiatras por población en riesgo fue Granada (62 por millón), y el más bajo Rawalpindi (2 por millón). Por otra parte México tiene el retraso más grande entre la primera aparición de los síntomas y la primera búsqueda de ayuda. En México muchos pacientes contactaban directamente los servicios de salud mental sin pasar por el primer nivel de atención.

Los servicios de salud mental, como parte del sistema general de salud, se insertan en una red estratificada (IMSS, ISSSTE y SSA) en la que persisten una gran desigualdad en cuanto a sus recursos y a la calidad de sus servicios. La población no derechohabiente es relegada a servicios de menor calidad, la desigualdad en la distribución social de la enfermedad es agregada a una desigualdad en materia de servicios.⁴⁸

Datos sobre la población mexicana reportan que la mayor parte de las personas acudieron previamente al médico general (53%) o a otro servicio. La primera, en virtud de que podía

⁴⁶ De la Fuente R. "Semblanza de la salud Mental en México" en Salud Pública de México. 1992; 34: 85-104.

⁴⁷ Gutierrez A.J.H. et. al. "Morbilidad Psiquiátrica en el Primer Nivel de Atención de la ciudad de México". B.S.P. México. 1986; 101(6): 648 - 658.

⁴⁸ Lara A. et. al. "Patrones de utilización de los servicios de salud mental". Salud Mental, México 1996; 19: 14-18.

acudir directamente al servicio de psiquiatría y salud mental, en un alto porcentaje en su primera búsqueda (42.4%).

Los familiares y amigos constituyen el primer recurso al que acude la población cuando padece de problemas emocionales - síntomas depresivos e ideación suicida -; las razones más importantes por las cuales las personas no han solicitado ayuda, son de tipo personal y tienen que ver con los prejuicios y con el desconocimiento del servicio especializado en salud mental.

Las mujeres con depresión alta acuden menos con amigos o familiares y más en busca de ayuda profesional que los varones, mientras que ellos usan más el primer tipo de ayuda, porque piensan que otra persona se las puede dar y por no querer perder dinero en su trabajo.

En cuanto a personas estudiadas en Neuróticos Anónimos, sus historias mostraron con frecuencia antecedentes psiquiátricos o de consumo de alcohol y de drogas de los padres y familiares, abandono, golpes y maltrato en la infancia, problemas sexuales y consumo de alcohol, drogas, delincuencia y prostitución. Las razones por las que asistían a este grupo fueron: manifestaciones de inadaptación social - rechazo, aislamiento y soledad y síntomas emocionales como depresión, ideación suicida, obsesión y ansiedad.

Se estima que las necesidades actuales de atención de los países aumentará aún más hacia comienzos del siglo XXI debido a los cambios demográficos que se pronóstican, un mayor número de personas entrarán en las edades de riesgo de trastornos psiquiátricos, 88 millones de personas tendrán algún trastorno mental o emocional en América Latina y el Caribe en el 2000, y se estima que en el 2010 habrá más de 2 millones de personas con trastornos esquizofrénicos y más de 17 millones con trastornos afectivos.⁴⁹

⁴⁹ Op. cit. Organización Panamericana de la Salud "La Salud de las Américas"; 315.

PATOLOGÍAS ODONTOLÓGICAS MÁS FRECUENTES Y SU MANIFESTACIÓN EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS.

Uno de los principales retos a que se enfrenta la odontología en la atención a personas con trastornos mentales se deriva de las alteraciones de conducta de dichos pacientes y que se acentúan en los periodos agudos del padecimiento, conocidos como estados psicóticos. De ahí que la atención adecuada al enfermo mental en el área de la salud oral, se vea frecuentemente afectada por prejuicios y desconocimiento del manejo psicoterapéutico que se requiere para pacientes psiquiátricos.

Más aún, la cronicidad de muchos de estos padecimientos, sobre todo en la esquizofrenia y demencias, producen deterioro importante en la habilidad para seguir hábitos higiénicos, mismos que son fundamentales para mantener la salud buco - dental, y que hace entonces a estas personas, dependientes de terceros para el correcto mantenimiento de su higiene general.

En tanto los pacientes psiquiátricos presentan una disminución en sus hábitos higiénicos, es de esperarse que, como primer signo del deterioro en su salud bucodental, aparezca en ellos mayor acumulación de placa dentobacteriana. Ésta se define como una masa blanquecina en donde se localiza la acumulación de bacterias, esta placa se detecta clínicamente una vez que alcanza cierto espesor. La placa dentobacteriana se diferencia en dos categorías: placa supragingival y subgingival.

La primera, se acumula en el tercio gingival de los dientes, su color va de un color gris amarillento a amarillo, por lo general se presenta en los sitios protegidos de la acción de limpieza mecánica normal de la lengua, carrillos y labios. Cantidades medibles de esta placa se pueden encontrar después de una hora en que los dientes se cepillaron a fondo, con una acumulación máxima a los 30 días más o menos. La velocidad de formación y la localización varía entre los individuos y depende de la dieta, edad, factores salivales, higiene bucal, alineamiento dentario, enfermedad sistémica y factores del huésped.

A nivel subgingival la naturaleza de los microorganismos que colonizan el surco gingival y la bolsa periodontal difieren de los que se encuentran en la placa supragingival. En relación con la maduración y la acumulación de la placa supragingival hay cambios inflamatorios que modifican las relaciones anatómicas del margen gingival y la superficie dentaria, así el resultado es un nuevo ambiente ecológico, protegido por el medio bucal supragingival y bañado con el líquido del surco gingival. Esta área retentiva forma un medio en el cual pueden colonizarse los microorganismos que no se pueden adherir con facilidad a las superficies duras. Estos patógenos pueden adherirse a otras bacterias, al diente, o a la abertura o epitelio de la bolsa, por ello se produce la placa subgingival.⁵⁰

⁵⁰ Carranza F. "Periodontología Clínica de Glickman". 8ª ed. Interamericana. México. 1995: 112-126.

Al no ser retirada la placa dentobacteriana, ésta llega a una fase de calcificación llamada cálculo dental. El cálculo se define como una masa en calcificación o calcificada adherente que se forma en la superficie de los dientes naturales o prótesis dentales. Se clasifica por su relación al margen gingival, como supragingival o subgingival.

El cálculo supragingival se refiere al cálculo coronal, al margen gingival y visible en la cavidad bucal. Por lo general es blanco o amarillo blanquecino: tiene una consistencia dura arcillosa y se desprende con facilidad de la superficie dentaria. Su recurrencia después de eliminarlo es muy rápida, en especial en el área lingual de los incisivos inferiores, en las superficies bucales de los molares superiores adyacentes al conducto de Stenon, en las superficies linguales de los dientes anteriores inferiores adjuntas al conducto de Warton. El cálculo puede formar un puente a lo largo de dientes adyacentes o cubrir las superficies oclusales de los dientes sin antagonista funcional.

El cálculo subgingival se refiere al cálculo debajo de la cresta de la encía marginal, por lo general en las bolsas periodontales y no es visible en un examen bucal de rutina. La determinación de la localización y la extensión de éste cálculo requiere una evaluación cuidadosa con un explorador; su color va del café oscuro al negro verdoso y es de consistencia dura o pétrea; está firmemente unido a la superficie dentaria. Por lo general los cálculos supragingival y subgingival ocurren juntos, pero un tipo puede estar presente sin el otro; el cálculo supragingival también se llama cálculo salival y el subgingival, sérico. Esto debido a la suposición de que el primero se deriva de la saliva y el segundo del suero sanguíneo.⁵¹

Algunas de las enfermedades que se pueden desencadenar por la falta de higiene bucal son sin duda, las gingivitis y las periodontitis, en tanto que la gingivitis es otra de las enfermedades más frecuentes en el ser humano y se encuentra también incluida en esta tesis como una de las variables a medir, presentamos a continuación las bases teóricas y los elementos clínicos que sustentaron el proceso de auscultación.⁵²

GINGIVITIS.

La gingivitis (inflamación de la encía), es la forma más frecuente de enfermedad gingival. En todas sus formas está presente la inflamación porque la placa bacteriana que la produce y los factores irritantes que favorecen su acumulación, suelen presentarse en el medio gingival. Hay una tendencia que designa a todas las formas de enfermedad gingival como gingivitis, como si la inflamación fuera el único proceso de enfermedad. En las encías ocurren procesos patológicos que no se producen por irritación local, tales como atrofia, hiperplasia y neoplasia. No todos los casos de gingivitis son lo mismo porque muestran cambios inflamatorios y con frecuencia es necesario diferenciar entre la inflamación y otros procesos patológicos que están presentes en la enfermedad gingival.

⁵¹ Lindhe. "Periodontología Clínica". 2ª ed. Médica Panamericana. México, 1992: 412.

⁵² Gay P. J. et. al. "La placa dentobacteriana como factor etiológico de la enfermedad periodontal (Primera y segunda parte)" en *Práctica Odontológica*. México 1993: 154 (3.4): 39-44, 31-37.

La participación de la inflamación en casos particulares varía de la siguiente manera:

- 1) La inflamación puede ser el primero y único cambio patológico, éste es el tipo de enfermedad gingival más prevalente.
- 2) La inflamación puede ser un aspecto secundario, agregado a la enfermedad gingival por causas sistémicas, por ejemplo; la inflamación puede complicar la hiperplasia gingival provocada por la administración sistémica de fenitoína (grupo farmacológico antiepiléptico).
- 3) La inflamación puede ser un factor precipitante que causa cambios clínicos en pacientes con condiciones sistémicas que por si mismas, no producen enfermedad gingival detectable a nivel clínico, la gingivitis durante el embarazo, es un ejemplo.

De las enfermedades gingivales el tipo más frecuente es la afección inflamatoria simple que provoca la placa dentobacteriana al adherirse a la superficie del diente. Este tipo de gingivitis, denominada gingivitis marginal crónica, o gingivitis simple, permanece estacionaria por periodos indefinidos o avanza hacia la destrucción de las estructuras de soporte (periodontitis).⁵³

Otros tipos de enfermedad gingival.

1. - Gingivitis ulceronecrosante aguda.
2. - Gingivoestomatitis herpética aguda y otras enfermedades virales.
3. - Gingivitis alérgica, causada por varias alergias.
4. - Dermatitis.
5. - Algunas veces la gingivitis se inicia por la placa bacteriana, pero las reacciones de los tejidos puede estar condicionadas por factores sistémicos.
6. - La reacción gingival a una variedad de agentes patológicos; incluye un aumento de volumen que se denomina agrandamiento.
7. - En la encía pueden aparecer distintos tumores benignos y malignos, ya sean primarios o metástasis.

El curso y la duración de la gingivitis aguda es una lesión dolorosa que se presenta de improviso y es de corta duración. La gingivitis subaguda es una fase menos grave de la lesión aguda, la gingivitis recurrente se presenta después de que se eliminó por medio de un tratamiento, o desaparece de manera espontánea y vuelve a presentarse. La gingivitis crónica aparece con lentitud, es de larga duración y es indolora, a menos que se complique con exacerbaciones agudas o subagudas. Es el tipo más frecuente, rara vez los pacientes recuerdan haber tenido un síntoma característico agudo. Es una enfermedad fluctuante en la cual la inflamación persiste o se resuelve y las áreas normales se inflaman.

⁵³ Shluguer. "Enfermedad Periodontal". 2ª ed. CECSA. México. 1982: 216-221.

Anatomopatología.

- a) La gingivitis localizada está limitada a la encía en relación a un diente único o a grupos dentales.
- b) La gingivitis generalizada afecta a toda la boca.
- c) La gingivitis marginal afecta al margen gingival pero puede incluir una porción de la encía insertada contigua.
- d) La gingivitis papilar afecta a la papila interdental y con frecuencia se extiende hacia la porción adyacente del margen gingival. Las papilas se afectan con más frecuencia que el margen gingival, la encía insertada y la papila interdental.
- e) La distribución de la enfermedad gingival se describe en casos particulares cambiando los términos anteriores como sigue:
 1. - La gingivitis marginal localizada se limita a una o más áreas de la encía marginal.
 2. - La gingivitis difusa localizada se extiende desde el margen hacia el pliegue mucobucal, pero su área es limitada.
 3. - La gingivitis papilar localizada se concreta a uno o más espacios interdentales en un área limitada.
 4. - La gingivitis marginal generalizada afecta los márgenes gingivales en relación con todos los dientes.
 5. - Las papilas interdentales también suelen estar afectadas.
 6. - La gingivitis difusa generalizada compromete a toda la encía, en su etiología se incluyen las condiciones sistémicas, excepto en los casos causados por infección aguda o irritación química generalizada.
 7. - La mucosa alveolar también suele estar afectada, por lo que la demarcación entre ésta y la encía insertada se desvanece.

Manifestaciones clínicas de la gingivitis:

Los dos primeros síntomas de la inflamación que preceden a la gingivitis establecida son:

- 1) Aumento de la producción del líquido gingival.
- 2) Hemorragia del surco gingival con un sondeo suave.

Hemorragia aguda: los episodios agudos de hemorragia gingival son causados por lesiones o se presentan de manera espontánea en la enfermedad gingival aguda.

Hemorragia gingival crónica y recurrente: la causa más usual de hemorragia gingival anormal es la inflamación crónica. Puede ser por traumatismo mecánico, como cepillado dental, palillos dentales o impactación de alimentos. Por morder alimentos sólidos o por apretar los dientes.

Cambios de color en la encía.

El cambio de color es un signo clínico importante de la enfermedad gingival. El color normal es rosa coral debido a la vascularidad del tejido y a la modificación por las capas epiteliales que están encima. Por esta razón la encía se torna rojiza cuando hay aumento de vascularización o el grado de queratinización epitelial se reduce o desaparece.

El color es pálido cuando la vascularización se reduce (relacionada con fibrosis del corion) o la queratinización epitelial aumenta. Por lo que la inflamación crónica intensifica el color rojo o rojo azulado, esto es causado por la proliferación vascular y la reducción de la queratinización provocada por la compresión epitelial del tejido inflamado.

La estasis venosa agregará un matiz azulado. El color varía de rojo encendido a distintos tonos del rojo. Los cambios comienzan en la papila interdental y el margen gingival extendiéndose en la encía insertada. El diagnóstico y tratamiento adecuados requieren del conocimiento de los cambios de los tejidos que alteran el color de la encía a nivel clínico.⁵⁴

Por último, la gingivitis es finalmente el antecedente lógico de otras de las enfermedades importantes para nuestro estudio, es decir la periodontitis.⁵⁵

PERIODONTITIS.

La periodontitis es la enfermedad inflamatoria de la encía y los tejidos más profundos del periodonto, se caracteriza por formación de bolsas gingivales y destrucción ósea. La periodontitis es considerada como la extensión directa de la gingivitis que avanzó y ha sido descuidada. La periodontitis es originada principalmente por factores irritativos extrínsecos, y puede estar complicada por enfermedades intrínsecas, trastornos endocrinos, deficiencias de la nutrición, traumatismo periodontal u otros factores.

Patogenia: cuando la inflamación de la encía se extiende hacia los tejidos de soporte más profundos y se ha destruido parte del ligamento periodontal, se puede hacer el diagnóstico de periodontitis.

El rasgo característico de la periodontitis es la bolsa periodontal la cual tiene su origen en el agrandamiento e hinchazón del margen gingival, osea en la invasión progresiva de la bolsa sobre el ligamento periodontal. Siempre, este proceso va acompañado de resorción de la cresta alveolar.

Características clínicas: las características clínicas más importantes de la periodontitis son la bolsa periodontal o el exudado y la resorción de la cresta alveolar. Por lo general la lesión es indolora, puede haber movilidad temprana o puede ser un síntoma tardío; a veces es mínimo, incluso después de pérdidas considerables de hueso alveolar.

⁵⁴ Op. Cit. Carranza F. "Periodontología Clínica de Glickman": 317.

⁵⁵ Zcrón A. et. al. "Principios de la terapia periodontal". A.D.M. México. 1986; 57 (6): 315-320.

Periodontitis simple.

Es la inflamación crónica de la encía, formación de bolsas, pérdida ósea, movilidad dentaria, migración patológica y por último pérdida de los dientes, se localiza en un solo diente, en un grupo de dientes o es generalizada.

Etiología: es causada por placa dentobacteriana, por irritantes locales, cálculo infragingival, restauraciones defectuosas y empaquetamiento de comida.

Signos: sensibilidad a los cambios térmicos, a la masticación y al tacto, como consecuencia de la denudación de las raíces. Bolsas periodontales encías sangrantes, desgaste horizontal de las crestas óseas e inflamación de la encía.

Síntomas: Dolor, mal sabor de boca o puede ser asintomática.

Tratamiento: Raspado y curetaje superficial.⁵⁶

Periodontitis compuesta.

Es la destrucción crónica de las estructuras, en donde existen mayor número de bolsas infraóseas, pérdida ósea vertical y horizontal, existe mayor movilidad dentaria.

Etiología se origina por placa dentobacteriana y cálculo existiendo trauma de oclusión.

Signos: Ensanchamiento del ligamento periodontal, bolsas mayormente infraóseas, reabsorción ósea vertical, movilidad dentaria, sangrado al menor estímulo.

Síntomas: puede haber sensibilidad y dolor, generalmente es asintomática.

Tratamiento: raspado y curetaje por colgajo.

Periodontitis juvenil.

Es una destrucción no inflamatoria degenerativa, crónica del periodonto.

Etiología: desconocida.

Signos: Primera etapa, migración y movimiento dentario.

Segunda etapa, empieza a haber bolsas, puede existir inflamación, y reabsorción ósea.

Tercera etapa, mayor movimiento dentario, inflamación, pérdida ósea, se localiza en incisivos superiores, premolares y molares inferiores.

Síntomas: asintomática.

Tratamiento.

1.- Administración sistémica de antibióticos.

2.- Extracción de los molares afectados.

3.- Trasplante de terceros molares en los alveolos de los dientes extraídos previamente.

⁵⁶ Idcm. 320.

- 4.- Terapéutica periodontal estándar, comprende raspado y alisado radicular, curetaje, cirugía de colgajo con injerto óseo y sin éste, amputación radicular, hemisecciones, ajuste oclusal y estricto control de placa, visitas de mantenimiento frecuentes.⁵⁷

CARIES.

Otra de las enfermedades de alta frecuencia en personas adultas es la caries dental; se estima que el 95% de la población de más de 25 años está afectada por la caries dental.⁵⁸ Debido a su gran difusión, sus efectos adversos pueden afectar las condiciones generales de salud de un individuo y cuando no es tratada a tiempo acarrea incomodidades y un gasto mayor, ahora bien la mayoría de los programas de odontología sanitaria se relacionan con el problema de caries.

Este padecimiento es producido por la interacción de tres factores principales, el huésped (particularmente la saliva y los dientes), la microflora y la dieta.

La caries dental es un proceso químico parasitario, que consiste en dos etapas: descalcificación o reblandecimiento de los tejidos y disolución de residuo reblandecido. En el caso del esmalte la segunda etapa está prácticamente ausente, la descalcificación del esmalte significa su destrucción total.

Los elementos químicos pueden destruir los dientes, los hidratos de carbono alojados entre y sobre las superficies dentarias son la fuente del ácido que desmineraliza las sales cálcicas del diente. El esmalte es destruido por el ácido de la fermentación, los microorganismos de la boca, por la secreción de enzimas o por su propio metabolismo, descomponen el material alimentario de hidratos de carbono fermentable para formar ácidos. Los ácidos principales formados y asociados con la fermentación son: el ácido láctico, el butírico, el acético, el fórmico, el succínico y otros ácidos glucolíticos. El material alimentario de hidratos de carbono alojado entre y sobre las superficies dentarias es la fuente de ácido que desmineraliza las sales cálcicas del diente. Así, el esmalte es destruido por el ácido de la fermentación y ese esmalte desintegrado es eliminado por las fuerzas masticatorias, destruyéndose de esta manera la pared de protección del diente.

Después de la penetración del esmalte, la disolución de la dentina es, provocada en la misma forma por los microorganismos que penetran a lo largo de los túbulos dentinarios. El desmoronamiento final de la dentina resulta de la secreción de enzimas proteolíticas que digieren la parte orgánica de la misma y forman una cavidad, generalmente identificable por un hoyuelo de color oscuro.

Cabe señalar que este problema de salud es considerado dentro de las prioridades de la salud pública ya que: " La caries dental es la enfermedad más común del ser humano, afecta

⁵⁷ Op. cit. Z. A. et. al. "Principios de la terapia periodontal ": 318.

⁵⁸ Organización Panamericana de la Salud. "Las condiciones de salud en las Américas". Washington D.C. OPS 1998 2v. (OPS, Publicación Científica: 569): 202-210.403-418.

a personas de todas las razas, países y niveles económicos y puede aparecer a cualquier edad y en ambos sexos".⁵⁹

LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS.

En México, se desconocen datos confiables de morbilidad de lesiones en tejidos blandos de cavidad bucal para población general; de ahí la importancia y necesidad de establecer estudios epidemiológicos para conocer la incidencia y prevalencia de dichas lesiones. Su trascendencia radica en permitirnos identificar las lesiones que se atienden en la práctica cotidiana del odontólogo y conocer las alteraciones que pudieran comprometer la vida del paciente, como sucede en el caso de las neoplasias malignas (cáncer).⁶⁰

La caries dental y el cáncer oral son las afecciones de mayor repercusión e importancia en la salud pública odontológica; no obstante, a pesar de que la manifestación de afecciones premalignas suelen ser claras y de fácil acceso mediante la inspección visual y táctil, directa a la cavidad bucal, en muchos casos las lesiones se diagnostican en estadios avanzados de extensión y metástasis. El cáncer de cavidad oral abarca un alto porcentaje de todos los casos de cáncer del cuerpo humano. Se sabe, a partir de un estudio realizado en el Distrito Federal en 1992, que existían 400 casos de cáncer oral y se estimó el incremento de casos por año en un 30%.⁶¹ Para el año de 1997 un estudio realizado en Estados Unidos estimó que 30,000 personas se encontraban afectadas de cáncer oral. Alrededor del 5% de los tumores malignos correspondieron a cavidad oral y faríngea, por lo que el porcentaje de supervivencia se supone en 50% (sobreviviendo al quinto año luego del diagnóstico), aunque se estimó que con la detección temprana de la lesión el porcentaje de supervivencia podría llegar hasta el 80%.^{62,63}

Como se sabe, la mayor parte de los trastornos psiquiátricos tienden a alterar hábitos de higiene; además, la toma de medicamentos antipsicóticos puede repercutir en cavidad oral, facilitando la aparición de infecciones oportunistas o bien hipersalivación o hiposalivación, dando como resultado alteraciones en los tejidos blandos (encías, carrillos, lengua, etc.).

Entre las principales lesiones de tejidos blandos que se buscaron detectar en esta investigación debemos mencionar al **Leucoedema**, que por su raíz en griego significa engrosamiento blanco de los tejidos. Éste es un trastorno de la mucosa bucal de carácter hereditario; en cuanto a los sujetos que la padecen, se sabe, son individuos mayores de 20 años y no tiene predilección de sexo, es muy común encontrarlos en individuos de raza negra. Es un efecto de la maduración del epitelio escamoso, afecta las mucosas vestibulares y labiales, en numerosos casos el leucoedema se encuentra como una línea blanquecina

⁵⁹ Uicha N. "Cariología". 1ª ed. Newbrum México, 1979: 29-35.

⁶⁰ Organización Panamericana de la Salud. "La Salud de las Américas", 1998. Washington D.C. O.P.S. 1998 2v (O.P.S. Publicación Científica: 569): 202-210, 417.

⁶¹ Fuentes G. M. "Detección Temprana de Cáncer Oral. Un compromiso Profesional". ADM. México 1992; 49(3): 143-147.

⁶² Altamirano A. S. "Diagnóstico Oportuno de Cáncer Bucal". P.O. México 1998; 18 (11): 1

⁶³ Op. cit. Organización Panamericana de la Salud. "la Salud de las Américas": 417.

blanda estrecha y ligeramente elevada en la mucosa bucal a nivel del plano de oclusión (Línea Alba). En el periodo incipiente se presenta como una película opalescente sobre la mucosa, difusa, plana, ligeramente gris, con una textura lisa aterciopelada y bilateral. En el periodo tardío aparece como una placa grisácea más definida que contiene placas o arrugas poco elevadas y gruesas, mostrando un aspecto de madre perla, las arrugas le dan una apariencia de cortina.⁶⁴

La **Queratosis friccional**, es un aumento del espesor y de la consistencia de la capa superficial de la epidermis, su etiología procede de factores traumáticos (prótesis mal ajustadas, hábitos de irritación crónicos, mordeduras, cepillado dental exagerado etc.). En el caso de los pacientes psiquiátricos, las mordeduras son comunes, ya que muchas veces presentan problemas de psicomotricidad fina y/o gruesa, así como tensión muscular; ello sin contar el que algunos padecimientos como los trastornos obsesivos incluyen síntomas como la continua y exagerada limpieza de algunas partes del cuerpo, llegando a producir escoriaciones de gran importancia. La queratosis por fricción se manifiesta como una formación callosa debido a traumatismos crónicos. La lesión puede ser lisa o de textura regular, su ubicación y configuración coincide con la localización correspondiente al agente causal.⁶⁵

El **Mordisqueo de carrillo** es una leucoqueratosis que se encuentra dentro de las hiperqueratosis friccionales, en cuanto a sexo y edad se sabe que no hay predilección, su etiología se relaciona con diferentes factores, como las prótesis mal ajustadas y los hábitos orales de irritación crónica. En los pacientes psiquiátricos, hay una mayor presencia de maloclusiones y de alteraciones temporomandibulares, lo que tiene como consecuencia que se presente una constante irritación. Esta lesión se manifiesta como una formación callosa, puede ser lisa o de textura regular y su ubicación y configuración, también coinciden con la localización correspondiente al agente causal.⁶⁶

El término **leucoplasia o "Placa Blanca"** se define como la descripción clínica de varias lesiones hiperqueratósicas blancuzcas de la cavidad bucal. Es la más grave de las lesiones comunes de la mucosa bucal; la lesión es más frecuente entre los 40 y 60 años de edad y afecta más al sexo masculino. En la alteración encontramos factores de nutrición, carencia de vitamina A y complejo B; endocrinas como los trastornos gonadales y enfermedades generales como la sífilis. El paciente psiquiátrico suele presentar problemas de nutrición, ya sea por su nivel socioeconómico o por la recurrencia de cuadros psicóticos situación que conlleva a la inmunodepresión. Entre los factores locales encontramos, irritación crónica de varios tipos: traumatismos como los químicos, los térmicos y los bacterianos.

Cabe mencionar que es común que el paciente psiquiátrico, evite ingerir los medicamentos que le son administrados y que para evitar tragarlos, los retenga en la cavidad oral, presentando así lesión química frecuente. Las lesiones clínicas pueden ser desde una pequeña placa de hiperqueratosis, hasta una amplia lesión hiperqueratósica; una de las

⁶⁴Shafer. G. W. "Tratado de Patología Bucal". 3ª ed. Interamericana. México 1977: 227-229,450-454,511.

⁶⁵Burket. "Medicina Bucal". 3ª ed. Panamericana. México 1986: 62, 39-43.

⁶⁶Thoma. "Patología Bucal". 2ª ed. Salvat. Barcelona 1973: 551-552.

principales características es la falta de dolor, la lesión puede incluso seguir indolora a pesar de presentar signos de degeneración maligna, aunque cuando la lesión se fisura se vuelve dolorosa. La lesión es blanco amarillenta y puede verse afectada cualquier zona de la mucosa. Los tipos de leucoplasia que se presentan son: la homogénea nodular o manchada y la verrugosa.⁶⁷

Candidiasis: Las infecciones causadas por hongos microscópicos se llaman micosis y toman su nombre de la parte del organismo que invaden o del hongo que las causa. Entre los principales factores predisponentes a infección por *Candida albicans* se encuentran: Diabetes Mellitus, debilidad general, inmunodeficiencia y antibióticoterapia por tiempo prolongado, tratamiento a base de corticosteroides, así como leucemia y anemia, entre otros. Los pacientes psiquiátricos tienden a presentar cuadros de debilidad general, por la falta de nutrición adecuada o porque sus mecanismos de defensa se encuentran disminuidos, ya sea por una desnutrición previa o por alguna otra enfermedad sistémica para la que requieran de tratamiento con antibióticos por tiempo prolongado.

Este microorganismo habita comúnmente en la cavidad oral, aparato digestivo y vagina de personas clínicamente no afectadas. Las manifestaciones clínicas son localizadas, diseminadas y sistémicas; puede afectar piel, mucosas de estructuras profundas y órganos internos. Las alteraciones histopatológicas varían desde inflamación mínima hasta supuración o granuloma.

La evolución es aguda o crónica. Los nombres de las candidiasis de membranas mucosas dependen también de su localización; en mucosa oral son llamadas: muguet, queilitis o glositis. La candidiasis oral ha sido clasificada por Lehner de la siguiente manera. Candidiasis Oral Aguda: a) Candidiasis Pseudomembranosa. b) Candidiasis Atrófica. Candidiasis Oral Crónica: a) Candidiasis Hiperplásica b) Candidiasis Atrófica Crónica.^{68, 69}

Los cuadros clínicos muestran aspectos diferenciados según las formas de presentación ya sean:

- a) Localizadas que comprenden los que afectan los grandes pliegues, espacios interdigitales y uñas.
- b) Difusas, cubren amplias superficies o incluso pueden generalizarse.
- c) Profundas, más raras y cuyo soporte histológico es el granuloma candidiásico.

Las formas cutáneas de la candidiasis a menudo se asocian con higiene deficiente y con situaciones que mantienen a la piel húmeda, tal como ocurre en algunos orificios. La forma visceral de la candidiasis afecta principalmente el árbol respiratorio y tienen una sintomatología que depende de los órganos afectados.

Candidiasis Aguda Pseudomembranosa, es la forma de candidiasis más común en cavidad oral, ocurre después de la administración prolongada de antibióticos, corticosteroides o

⁶⁷ Borgelli R. "Temas de Patología Bucal Clínica". 2ª ed. Mundi, Argentina 1979: 38-41, 57-58, 418-419.

⁶⁸ López A. C. "Manual de Patología Oral". Vol. 16 universitario. Guatemala 1975: 67-80.

⁶⁹ Campos A. M. et. al. "Prevalencia de Candida Bucal en Pacientes Geriátricos". A.D.M. México 1999; 56(6): 230-233.

drogas tóxicas y se observa también en recién nacidos, embarazadas o pacientes debilitados por alguna enfermedad.

Las lesiones bucales son placas o nódulos blancos de consistencia suave o gelatinosa que crecen de manera centrifuga y en profundidad. Las placas se componen de hongos, de restos queratósicos, células inflamatorias, células epiteliales descamadas bacterianas de fibrina.

Las placas se desprenden al raspado, al eliminar la pseudomembrana frotándola con suavidad con una gasa o con un isopo, queda una superficie eritematosa, erosionada o ulcerada y con frecuencia muy dolorosa. Aunque estas lesiones pueden presentarse en cualquier sitio predominan en la mucosa bucal, los pliegues mucobucuales, la bucofaringe y bordes laterales de la lengua. Los síntomas son mínimos, pero en algunos casos graves los pacientes se quejan de dolor o ardor extremo.

Candidiasis Atrófica Crónica. Se produce por mal ajuste de dentaduras postizas y prótesis dentales, limitándose usualmente al paladar, ésta es la manifestación más común de candidiasis bucal. El paladar aparece rojo, a veces se presentan petequias y en los casos crónicos ocurre hiperplasia papilar en la bóveda palatina. El paladar no es la única estructura invadida, también la base acrílica postiza es colonizada en forma abundante por el microorganismo.

Candidiasis Atrófica Aguda, se divide en aguda y pseudomembranosa, si una candidiasis pseudomembranosa aguda no se trata puede evolucionar a la forma atrófica aguda. Se produce cuando las placas pseudomembranosa son eliminadas y se caracteriza por la presencia de zonas enrojecidas y erosivas acompañadas de dolorosa sensibilidad, marcada principalmente con los alimentos condimentados, se presenta una sensación quemante y es pruriginosa. Aparece como complicación de tratamiento con antibióticos de amplio espectro y en pacientes que reciben grandes dosis de fármacos inmunosupresores.⁷⁰

El Fibroma es un tumor benigno de la mucosa bucal que se presenta como una masa redonda pedunculada o sésil, por lo regular en la cara interna de la mejilla, labio o encía. Los factores predisponentes son: prótesis mal ajustadas, falta de piezas dentales y traumatismos crónicos (automordidas), está cubierto por mucosa bucal intacta, a menos que por su volumen y localización estén expuestos a traumatismos. El paciente psiquiátrico con mala higiene bucal, tiende a perder comúnmente piezas dentales, lo que ocasiona una constante succión o bien automordidas.^{71, 72, 73} Por otra parte para pacientes con epilepsia, el riesgo de automordidas es mayor durante el episodio de crisis convulsiva tónico clónica.

El Herpes Simple es una enfermedad autolimitable y autocurable, no deja inmunidad; es común en piel, mucosas o genitales. Se clasifica en: Tipo I de la mitad del cuerpo hacia arriba y tipo II de la mitad del cuerpo hacia abajo. Se presenta tanto en hombres como en

⁷⁰ Gaytán C. L. et. al. "Prevalencia de Portadores de Candida sp. en Orofaringe, en una Población de Adultos Mexicanos". A.D.M., México, 1998; 55(4): 181-185

⁷¹ Stanley L. R. "Tratado de Patología". 3ª ed. Interamericana. tomo I :341;Tomo II: 974-977.

⁷² Perera L. R. et. al. "Fibroma". P.O. México 1998; 19(9): 20.

⁷³ Tetsuji T. H. et.al. "Fibroma Gigante". A.D.M. México, 1996; 53(5): 241-244.

mujeres y su principal causa es la disminución de defensas inmunológicas. El cuadro clínico se presenta entre 7 y 10 días con ardor, comezón u hormigueo, observándose después, una zona enrojecida y un conjunto de síntomas como vesículas que contienen líquido seroso, mismas que después se rompen y dejan una zona socavada con membrana grisácea. Pueden presentarse complicaciones: el tipo 1 causa ceguera, el tipo 2 desarrolla cáncer en la matriz.^{74, 75}

El **Herpes zoster** es una enfermedad que se presenta principalmente en individuos inmunodeprimidos y en población anciana; este tipo de herpes afecta los nervios sensitivos de tronco, cabeza y cuello; se presenta como un exantema máculo papular unilateral bien delimitado y se convierte en lesión vesicular. En boca se presenta en mucosa vestibular, lengua, faringe y laringe. Su sintomatología se caracteriza por dolor y sensibilidad en la zona de influencia de los nervios afectados. Cuando se presentan cuadros de depresión, es típico que disminuyan las defensas inmunes del cuerpo, por lo que los pacientes con cuadros psiquiátricos de depresión pueden presentar con mayor rapidez estos tipos de lesiones, siendo más frecuente el herpes simple.⁷⁶ Los pacientes afectados por SIDA son candidatos para presentar de modo insidioso este tipo de lesión.

Gingivoestomatitis herpética es causada por el Virus del Herpes Simple tipo 1, puede presentarse en lactantes de 6 años, adolescentes, adultos, siendo más frecuente entre 1 y 5 años de vida, a veces puede ser asintomática. En su estado inicial encontramos vesículas esféricas grises discretas en encía, mucosas labiales, vestibulares, labio, paladar blando y faringe, eritema difuso brillante en encía y mucosa adyacente, edema y hemorragia. A las 24 horas, se rompen las vesículas y se forman úlceras dolorosas, en forma de halo, hay una depresión central amarilla o blanca, a los siete días desaparece el periodo de latencia del virus. Además de presentar dolor a la ingesta de alimentos, fiebre, cefalea, malestar general, astenia y adinamia, linfadenopatías, sialorrea, halitosis.

El **Sarcoma de Kaposi**, se origina en las células epiteliales debido principalmente, a los siguientes riesgos: disposición genética, infección de tipo viral, factores ambientales y alteraciones inmunitarias. Las lesiones se originan en cualquier región de la cavidad oral, se presenta como máculas, pápulas y placas coalescentes de color eritemato purpúrico. Inicialmente las lesiones pueden parecer petequias o pápulas, nódulos eritematosos multifocales o unifocales de color rojo o azul. Cuando crece aparecen tumores nodulares que miden 7 cm. o más de diámetro. En casos de enfermedad diseminada puede haber afectación de mucosas, ganglios linfáticos, glándulas salivales y viscerales.⁷⁷

Las **Úlceras Traumáticas**, se pueden definir como consecuencia de cualquier traumatismo que afecta la mucosa oral; éstas se pueden encontrar en lengua, carrillos o labios. También se producen por el aumento de la temperatura corporal, químicos, iatrogenias como los causados con la fresa dental durante la intervención odontológica o por el uso de eugenol, por estrés y por aparatos ortodónticos. Se presentan en forma redonda o cuadrada y su

⁷⁴ Op. cit. Borgelli R "Temas de patología bucal Clínica": 418-419.

⁷⁵ Artículo de revisión "Infección Herpética por Virus tipo 1". P.O. México 1997; 18(9): 14-16.

⁷⁶ Op. cit. Stanley R. R. "Tratado de patología": 976.

⁷⁷ Idem. 977.

tamaño varía de 1mm a 1cm. Se caracteriza por ser una membrana blanco amarillenta eritematosa, con edema e inflamación en la zona y los pacientes refieren dolor a la presión.

Las **Aftas o Úlceras recurrentes** son dolorosas, pueden ser únicas o múltiples y generalmente son causada, por infección bacteriana, alteración inmunitaria, deficiencia de hierro, de vitamina B₁₂ o de ácido fólico, los traumatismos como las automordidas, deficientes procedimientos dentales, condiciones endocrinas, factores físicos y alérgicos. Se presenta como una capa grisácea, halo eritematoso, circunscrita, dolorosa y no deja cicatriz.^{78, 79, 80, 81}

MALOCCLUSIÓN.

Dentro de las alteraciones bucales de mayor prevalencia se encuentran las maloclusiones; están consideradas como el tercer problema de salud oral según la OMS. Las investigaciones epidemiológicas realizadas en otros países arrojan cifras alarmantes incluyendo al 70% de la población general⁸² y se reporta solamente superada por la caries y la enfermedad periodontal.

Cabe subrayar que los reportes de dichos estudios no son comparables, en tanto presentan diferencias en los criterios diagnósticos y epidemiológicos; de tal manera que hay estudios que reportan como mínimo y máximo al 49.7% y 90%, respectivamente, de población general diagnosticada con presencia de maloclusiones y malposiciones dentarias.

Las maloclusiones, aún en los países desarrollados, constituyen un problema de salud pública; las causas pueden ser múltiples y en su determinación intervienen tanto factores hereditarios y embriológicos, como hábitos y agentes físicos.⁸³

Por todo lo anterior, es importante conocer la magnitud de esta anomalía en nuestra población objetivo, sobre todo, cuando se pretende mejorar la atención de los pacientes hospitalizados en una Institución Psiquiátrica. Por ello, se incluyó en el censo la detección de maloclusiones tomando en cuenta que sus consecuencias, en este tipo de pacientes, pueden ser aún más graves.

Se sabe entre otras cosas, que en el paciente psiquiátrico es común que se observen efectos directos de patrones alterados del funcionamiento muscular sobre la oclusión y el crecimiento de los arcos dentarios. Esta población generalmente presenta trastornos

⁷⁸ Op. cit. Shafer G. W. "Tratado de Patología bucal": 453-454.

⁷⁹ Op. cit. Borgelli R. "Temas de patología bucal Clínica": 57-58.

⁸⁰ "Lesiones Ulcerativas de la Mucosa Bucal". P.O. México 1996; 17(7): 18-23.

⁸¹ "Lesiones Ulcerativas de la Mucosa Bucal". P.O. México 1996; 17(8): 12-15.

⁸² Sánchez P. L. et al. "Distribución de la Oclusión en una Población escolar entre 7 y 14 años". A D M. México 1990; 47(1): 52-55.

⁸³ Saenz M. L. et al. "Distribución de la Oclusión en Adolescentes de la Ciudad de México". A D M. México, 1994; 51(1): 45-48.

musculares suficientemente graves y duraderos, que pueden preceder a un deterioro permanente de la cavidad bucal.⁸⁴

Se ha definido a la oclusión como la relación de los sistemas formados por los dientes, las estructuras de soporte, las articulaciones mandibulares y el sistema neuromuscular. La palabra oclusión significa cierre u obturación; varía entre los individuos, según el tamaño y forma de los dientes, posición de los mismos, tiempo y orden de erupción, tamaño y forma de las arcadas dentarias, así como el patrón de crecimiento y desarrollo craneofacial.

La oclusión se refiere no solamente a la descripción morfológica; penetra a la naturaleza de las variaciones de los componentes del sistema masticatorio y considera los efectos de cambios por edad, modificaciones funcionales y patológicas.

La oclusión ideal cumple con los siguientes requisitos: al momento del cierre, los contactos de los dientes deben de ser uniformes, múltiples y suaves, no se debe producir desviación mandibular, y debe existir libertad de movimiento mandibular.^{85,86} Los factores que intervienen en la oclusión son: plano oclusal, guía condilar, guía incisiva, guía canina, relación céntrica y movimientos neuromusculares correctos; si alguno de estos factores se encuentra alterado se produce una maloclusión.⁸⁷

Por tanto se denomina maloclusión, a las desviaciones apreciables del concepto de oclusión ideal, que estética o funcionalmente pueden considerarse insatisfactorias.⁸⁸ Debe tomarse en cuenta también, que la idea de oclusión estética y "normal" varía de un individuo a otro, de una raza a otra y de una civilización a otra, por lo que la maloclusión considerada desagradable para una persona, puede ser aceptable por otra, dependiendo de las características faciales, personalidad y actitud incluyendo raza cultural.

No obstante, las irregularidades dentales pueden causar incapacidad facial, son factores agravantes para la aparición de caries y la presencia de enfermedad periodontal, afectando gravemente el estado psicológico de la persona que la padece, ya que involucran desde la aceptación social hasta la constitución de una personalidad sana.

Las maloclusiones incluyen desde la malposición de un solo diente (malposiciones dentarias) hasta la afección de todas las piezas dentarias, incluyendo el desgaste anormal. Las malposiciones en particular aumentan el overbite (sobrepase vertical) y el overjet (sobrepase horizontal), por lo que se refiere a la función mandibular y síndromes, que por su etiología multifactorial, se asocian con movimientos anormales dentales, dando como consecuencia alteraciones severas de la articulación temporomandibular.

¹ Alfaro M. P. et. al. "Análisis de la Oclusión Dental en jóvenes con Parálisis Cerebral". P. O. México 1995; 17(11): 17-3.

² Cadafalch C. J. et. al. "Prontuario de Oclusión. Ideas básicas de Aplicación Práctica". Española de Estomatología, México 1997; 9(4): 209-216.

³ Houston W. JB. et al. "Manual de ortodoncia". 1ª ed. Manual Moderno. México 1988; 100-105.

⁴ Op. cit. Cadafalch C. "Prontuario de Oclusión. Ideas Básicas de aplicación práctica": 19.

⁵ Op. cit. Houston. W.J.B. "Manual de ortodoncia": 102.

Algunas de las maloclusiones que más frecuentemente podemos encontrar, son las siguientes: En primer término, observamos las mordidas abiertas verticales. Éstas se dan desde el momento en que los dientes en el plano vertical dejan de hacer contacto y hay una desviación de los arcos mandibular y maxilar; existiendo por tanto una falla al ocluir, dando como consecuencia una mordida abierta. Los factores etiológicos con que se relacionan son de carácter genético, deficiencias del crecimiento, traumatismos, crecimiento muscular desproporcionado o actividad muscular aberrante y hábitos de succión digital.

La mordida abierta se clasifica en: mordida abierta anterior o simple, mordida abierta posterior y mordida abierta completa, todas de origen esquelético o de origen dentario. La prevalencia de esta maloclusión es mucho mayor en edades tempranas, pero el movimiento muscular aberrante que se presenta en los pacientes psiquiátricos, podrían mostrar resultados con grandes diferencias aún en edades adultas. Para determinar el mejor tratamiento, primeramente hay que determinar la etiología de la maloclusión, así como controlar o erradicar los hábitos que permitieron su desarrollo.^{89, 90, 91}

En segundo término tenemos las mordidas cruzadas anteriores. Dichas maloclusiones se reflejan en una relación labiolingual anormal de uno ó más dientes; puede ser de etiología dental o esquelética, debido a una mal posición dental, y también se puede desarrollar por deficiencias músculoesqueléticas, en el crecimiento y en el desarrollo mandibular. Cuando las maloclusiones son de etiología dental, el trauma oclusal continuo, puede causar daño a los tejidos de soporte,⁹² abrasiones anormales del esmalte y fracturas en dientes anteriores.^{93, 94}

Todos estos factores se manifiestan en la articulación temporomandibular. La mordida cruzada lingual maxilar unilateral ocurre en cerca del 10% de la población adulta, representando un gran riesgo para las alteraciones de la Articulación Temporomandibular.⁹⁵ También se ha podido observar que este tipo de maloclusión, puede promover trastornos psicológicos severos, básicamente por la deformidad facial que es capaz de causar.

Otro tipo de maloclusión importante es la distoclusión o maloclusión Clase II, este término está dado por la clasificación de Angle, 1899,⁹⁶ la distoclusión puede ser la más importante de las anomalías maxilares. Muchos factores se conjugan para lograr este tipo de maloclusión, originándose por factores hereditarios actuando en huesos y dientes que,

⁸⁹ Lermitt R. P. "Mordida abierta. Diagnóstico y tratamiento". A D M. México 1996; 53(2): 53-60.

⁹⁰ Segura de la F. A. et. al. "Mordida abierta." en P. O. México 1990; 11(5): 37-43.

⁹¹ Pereira J. D. et. al. " Tratamiento de una Anomalia de Clase I de Angle con Mordida Abierta". ADM. México 1997; 40(5): 37-43.

⁹² Ovadia A. V. et. al. " Corrección de una Mordida Cruzada Anterior Dental por medio de un Plano Inclinado y Alargamiento de las Coronas con Resina". ADM. México 1990; 47(5): 281-283

⁹³ Idem. 282.

⁹⁴ "Oclusión y Masticación" en P O. México 1994; 18(2): 40-42.

⁹⁵ Endarra L. K. et. al. " Registros y Medidas de las Maloclusiones: Una Revisión de la Literatura". Orthod. Dentofac. Orthop. Hong Kong 1994; 3(1): 43-46.

⁹⁶ Andrade F. I. " Clase II, División I en la Dentadura Permanente". P.O. México 1994; 15(1): 15-18

sociados con un mal hábito como la respiración oral o succión digital, incrementa la deformidad facial.

Este tipo de maloclusión es una de las deformidades más frecuentemente atendida en el servicio de ortodoncia del Hospital Infantil de México.⁹⁷ Como características usuales de ella encontramos: protrusión maxilar o retrognatía mandibular, relaciones dentales en distoclusión, sobremordida vertical y horizontal severa. Facialmente, se manifiesta con el aumento del tercio inferior de la cara, perfil convexo por alteración de los maxilares, en sentido vertical y sagital respectivamente, dando como consecuencia la pérdida de tonicidad en la musculatura perioral. El tratamiento debe ser llevado a cabo después de la realización de los estudios cefalométricos, optando por un tratamiento adecuado a cada individuo y según su edad.

En la génesis de las maloclusiones intervienen tanto factores del desarrollo, como los heredados genéticamente y un variado número de factores medioambientales externos e internos, entre los que se incluyen la función orofacial. Dentro de este marco referencial sobresale el hábito de interposición lingual como posible origen y mantenedor de algunos tipos de maloclusiones.

Con respecto a los pacientes psiquiátricos debe mencionarse que es común observar en ellos una constante interferencia de hábitos linguales y deglutivos que pueden afectar las posiciones dentarias en cavidad oral, dando como consecuencia maloclusiones de diferentes tipos. Ello se debe frecuentemente a efectos de impregnación medicamentosa, derivada del consumo de altas dosis de psicotrópicos usuales en el control de la sintomatología aguda de la psicosis. También, estos movimientos repetitivos pueden deberse a daños de tipo cerebral como los que ocasiona la neuropatía diabética, cierto tipo de tumores o simplemente, ser parte de la sintomatología de algunas formas de neurosis obsesiva.

EPIDEMIOLOGÍA ODONTOLÓGICA.

Debemos recordar lo que es el proceso salud-enfermedad, el paso de la salud a la enfermedad comienza con un periodo silencioso de incubación válido para todo tipo de enfermedades periodo que puede ser muy corto o muy largo. La salud y enfermedad, son los grados extremos en la variación biológica, son, pues, la resultante de éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total. Ahora bien la epidemiología es un fenómeno biológico como lo es el proceso salud enfermedad.

La palabra epidemiología se compone de las raíces griegas: epi = sobre, demos = gente y logos = estudio.⁹⁸ Se considera a la epidemiología "Instrumento esencial para medir el peso de la enfermedad y los sufrimientos de la población atendida por el sistema de salud; a fin de valorar los costos, los riesgos, y los beneficios derivados de una gran variedad de acciones

Ojeda L. et al. "Intersección de Maloclusiones en Niños. Mordida Cruzada Anterior." P.O. México 1987; 8 (12): 14-20.
Op. cit. Soberón G. et al. "La salud en México: Testimonios 1988" Especialidades Médicas en México". Tomo IV, volumen 1 y 2. S.S.A.-F.C.E. México 1989.

dirigidas a mejorar la salud, evaluar el efecto de los servicios de salud y de los profesionales, y buscar las causas de las enfermedades de todo tipo".^{99,100}

La epidemiología moderna se ocupa del estudio de la salud como fenómeno de grupo y de los factores que se relacionan con la distribución de la enfermedad, incapacidad y la muerte. Contribuye a definir el rango de los problemas de salud en toda la comunidad, identifica los valores vinculados a los individuos y al ambiente; diseña estrategias y evalúa las medidas aplicadas para reducir la magnitud de los daños.

Más allá de sus aplicaciones en el campo de la salud, la metodología epidemiológica ha evolucionado a tal grado que es utilizada no sólo en la medicina sino también en otras ramas de la ciencia.

Para una mejor comprensión, se enuncian las áreas de aplicación más comunes de la epidemiología en la forma que considera la Organización Panamericana de la Salud, pero que tienen, al igual que ésta, funciones y peculiaridades.

- A) La planeación de los servicios de salud.
- B) La definición de políticas de salud.
- C) El análisis de las necesidades y demandas de la población mediante la aplicación del método epidemiológico.
- D) La evaluación de la situación de la salud, sus tendencias y determinantes.
- E) La evaluación del efecto que los servicios de salud tienen sobre la salud de la población.
- F) La aplicación de conceptos, principios y métodos epidemiológicos a la planificación, administración y evaluación de programas y sistemas de salud.
- G) La revisión y ajuste de las acciones para el fortalecimiento de los sistemas de salud.
- H) La investigaciones relacionadas con el análisis de situaciones de salud actuales y prospectivas.

La epidemiología oral es una rama científica que se desprende de la epidemiología general y que a través de la aplicación de su metodología, intenta relacionar factores que afectan el proceso salud - enfermedad bucodentomaxilofacial, así como los factores ambientales, culturales, y el estilo de vida de diferentes poblaciones.^{101,102}

MORBILIDAD Y MORTALIDAD ODONTOLÓGICA.

En México no existen estudios censales de población general que muestren de modo fidedigno la morbilidad bucodental. No obstante, el sistema nacional de salud, cuenta con mecanismos de registro que le permiten rastrear de modo regular tanto la demanda de atención por problemas de salud estomatológicos, como de las muertes que ocasionan dichas patologías.

⁹⁹ Idem. 314.

¹⁰⁰ Michel I. "La Epidemiología y su aplicación a los Servicios de Salud" en Directivo Médico". México. 1997. Mayo-Junio: 21-25.

¹⁰¹ Mendoza R. P. et. al: "La investigación epidemiológica en estomatología". P.O. México. 1993. 14 (1): 23-26.

¹⁰² Pozos R. E. et. al. "La medición epidemiológica de las enfermedades bucodentales". P.O. México 1992.; 13 (11): 49-52.

Por ello, presentamos aquí la descripción de los informes contenidos en sus boletines del 96 y 97 ya que el del año 98, fue imposible localizarlo debido a problemas organizacionales del INEGI a partir de la demanda de trabajo que causó el último censo poblacional.

Los informes fueron obtenidos, por el Sistema Nacional de Salud y publicados en el Boletín de Información y Estadística, en daños a la salud, por la subsecretaría de prevención y control de enfermedades, de la Dirección general de Estadística e Informática.

El Sistema Nacional de salud contempla por grupos institucionales a dos tipos, el primero es aquél que recibe demanda de atención de población abierta, y queda constituido por la Secretaría de Salud, los Servicios de Salud del Gobierno del Distrito Federal e IMSS y Solidaridad. El segundo grupo institucional lo conforman instancias de seguridad social tales como Instituto Mexicano Seguro Social, Instituto Servicio y Seguridad Social para Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, Secretaría de Defensa Nacional, Secretaría de Marina.

Los datos estadísticos fueron agrupados en grandes categorías y presentados de la siguiente manera: Enfermedades de la cavidad bucal glándulas salivales y maxilares, dientes y estructuras de sostén, enfermedades de los maxilares. En 1996 por demanda de atención se brindó el servicio a un total de 12540 consultas de los cuales 3448 fueron de población abierta y 9092 de población derechohabiente, estas cifras incluyen la clasificación de "otras" enfermedades bucales. Para 1997 la demanda de pacientes refirió un total de 13534 pacientes de los cuales 4332 fueron de población abierta y 9202 derechohabientes.

Para mortalidad se registraron las mismas clasificaciones, dando un total de 54 defunciones en 1996, 18 de población abierta y 36 derechohabiente, en 1997 el total de defunciones fue de 30 pacientes, 12 en población abierta y 18 en población derechohabiente.

Por otra parte un estudio realizado en el hospital de Infectología, Centro Médico Nacional la Raza acerca de las infecciones cervicofaciales odontogénicas, menciona que los pacientes con diabetes mellitus tienen mayor predisposición a las infecciones bacterianas, a enfermedad paradontal y caries reportando que el 13.3% de los pacientes revisados requirió de apoyo de la Unidad de Cuidados Intensivos para apoyo ventilatorio y sistémico, este apoyo, es similar al de otros estudios consultados. Y aunque, el 83% no presentó complicaciones, cabe resaltar que el 6.6% tuvo como consecuencia la complicación de la muerte.

Si bien la letalidad de las patologías bucales puede ser considerada baja, debe tomarse en cuenta y evitarse; no sólo porque existen los medios científicos para ello, sino porque la mayor parte de dichas muertes son prevenibles. **Ver anexos 1 y 2.**

MORBILIDAD ODONTOLÓGICA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS.

La deficiencia psíquica, implica la incapacidad, la obstaculización o el retraso en el desarrollo de las capacidades o facultades mentales superiores, aunque su etiología y manifestaciones pueden ser diferentes.

El cuidado odontológico del paciente psiquiátrico frecuentemente ha sido un capítulo olvidado por los profesionales de la salud bucodental. La dificultad para el manejo terapéutico de dichos pacientes ha llevado a abandonar brindarles el servicio, contribuyendo a minar su precaria salud dental, derivada la mayoría de las veces, por su propia incapacidad.

En el ámbito odonto - estomatológico, se ha constatado la carencia asistencial para este tipo de pacientes, quizás por ser un colectivo que no ha merecido la atención debida por parte de las autoridades sanitarias. Sin duda también porque, en general, el nivel familiar de estos individuos pertenece a los estratos económicamente menos favorecidos, donde los hábitos sanitarios están menos arraigados, y donde los recursos disponibles para corregir alteraciones bucales son más escasos.

Las minusvalías psíquicas comportan también importantes dificultades para la integración del individuo en la sociedad y su adaptación a un sistema educativo normal. Uno de los factores importantes, a tomar en cuenta, es la capacidad del paciente para responsabilizarse de su salud oral o bien que cuente con la ayuda adecuada.

La morbilidad odontológica en el paciente psiquiátrico, es algo difícil de conocer, ya que no existen datos exactos de dicha morbilidad en la bibliografía; básicamente se encontraron datos relacionados, a individuos con Parálisis Cerebral, Síndrome de Down y Epilepsia, que como ya sabemos son afecciones que pueden o no tener consecuencias psiquiátricas, además los estudios se relacionan básicamente a infantes, es decir no mayores de 18 años.

En la investigación documental para esta tesis, se localizaron cinco trabajos sobre odontología psiquiátrica, tres de los cuáles hablan de la epilepsia y el retraso mental, y son (revisiones bibliográficas). Los otros dos están enfocados a los pacientes psiquiátricos en general, y presentan resultados de estudio de una muestra de pacientes; el primero se registró en el año de 1984, éste fue realizado en el Hospital Campestre "Adolfo M. Nieto", en población adulta en un grupo de 100 pacientes; el segundo se realizó en el año de 1999, en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", en ambos trabajos se abarcaron problemas odontológicos como caries, parodontopatías, maloclusiones y lesiones de tejidos blandos.

En el estudio realizado en el Hospital Campestre, mencionan que para su realización la clasificación de las enfermedades psiquiátricas se redujo a tres patologías a saber: las psicosis, las neurosis y las epilepsias; la muestra fue de 100 pacientes, pero para los resultados sólo se obtuvieron los porcentajes de un tercio de dicha población (33 pacientes), las edades oscilaron entre los 18 a 70 años. Los problemas odontológicos que revisaron en dicho estudio fueron los siguientes; caries dental que se presentó en 99% tanto en psicosis

como en epilepsia y 97% en neurosis; enfermedad periodontal 79% en psicosis, 84% en neurosis, y 89% en epilepsia; maloclusiones 100% sólo en revisión a pacientes con diagnóstico de psicosis y neurosis, y neoplasias en 3.3% refiriéndose a epilepsia. Se menciona en dicho reporte que observaron presencia de restos radiculares en 46% y ausencia de dientes en el 75% de los sujetos en las tres clasificaciones. Ahora bien, este estudio no se basó en ningún índice epidemiológico, no menciona si fueron auscultados cada uno de los pacientes o si solamente se usaron los registros de expedientes; tampoco son mencionadas las edades de los pacientes en cada una de las clasificaciones de patologías psiquiátricas.¹⁰³

El estudio que fue realizado en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", refiere datos de una muestra de 115 pacientes, de 15 a 65 años; para la clasificación de las patologías psiquiátricas se usó la clasificación del DSM IX, aunque para esa fecha ya era vigente la 10ª edición, las enfermedades bucodentales que se detectaron en este estudio son: gingivitis en un 75% de la población, entre las edades de 17 y 49 años, úlceras en un 3.3% entre 28 y 38 años, fibromas en un 5.5% y mordisqueo de carrillo en un 8.3% entre 17 y 38 años; hiperplasia gingival entre 17 y 27 años; caries dental en un 50% entre edades de 17 y 49 años; las maloclusiones en un 12.9% en pacientes de entre 28 y 49 años y finalmente la periodontitis en un 16.1% entre 28 a 38 años. En dicho estudio se auscultó directamente a los pacientes, pero no se utilizaron índices epidemiológicos, además la población estudiada solamente incluyó a la que se presentó al consultorio de odontología de dicha institución, dando como resultado epidemiológico sólo la que proviene de la demanda de atención, es decir a solicitud de interconsulta médica o por iniciativa de los pacientes que presentaron alguna molestia dental.¹⁰⁴

Cabe mencionar que en un estudio realizado en pacientes con Parálisis Cerebral (PC), se menciona que el 75% de éstos tienen algún grado de gingivitis, maloclusión y caries dental, manteniendo un elevado porcentaje hasta llegar casi al 100%. La razón de que los resultados sean casi idénticos para las tres patologías se debe según los autores, a la incapacidad del portador de PC para realizar una higiene oral adecuada, pues presentan trastornos musculares severos y por el tipo de medicamento que consumen.

De ahí que resulte imposible tener una guía epidemiológica de enfermedades bucodentales en la población objetivo, lo que motivó la realización de este estudio, pues a través de él se buscó una aproximación a dicho problema epidemiológico.

¹⁰³ Olavaria C. et. al. "Tratamiento odontológico en paciente psiquiátrico hospitalizado y de práctica general" México, 1984. UNAM (tesis).

¹⁰⁴ Hernández S. F. "Prevalencia de enfermedades bucales en los pacientes que asistieron al servicio de odontología del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". México, 1999. UNAM. (tesis).

ÍNDICES EPIDEMIOLÓGICOS.

Una de las técnicas más valiosas empleadas en la epidemiología dental, es el índice epidemiológico. Éstos son intentos para cuantificar estados clínicos en una escala graduada y así facilitar la comparación entre las poblaciones examinadas usando los mismos criterios y métodos.

A diferencia del diagnóstico absoluto o definitivo que se puede hacer de la enfermedad de un solo paciente, un índice epidemiológico (el cual es un valor numérico), estimará solo la presencia relativa o existencia de la lesión clínica.¹⁰⁵

Los índices utilizados en la presente investigación, fueron seleccionados tomando en cuenta el tipo de población estudiada, así como la validez y confiabilidad que permiten realizar estimaciones científicas y comparables.

ÍNDICE CPOD (Índice epidemiológico = diente cariado, perdido, obturado).

Este índice ofrece información sobre el número de personas afectadas por la caries dental. El número de dientes que necesitan tratamiento, la proporción de dientes que ya fueron tratados y otra serie de datos estadísticos, las cuales son útiles para evaluar actividades de carácter preventivo.

Para obtener el índice se requiere de la auscultación del pacientes. Se inicia el procedimiento revisando todas las superficies dentarias ayudándose con un espejo dental, la revisión se realizará en el siguiente orden: cuadrante superior derecho e izquierdo, inferior izquierdo para terminar con inferior derecho. En la hoja para concentración de datos se anotará el código que corresponda a lo observado en cada uno de los dientes del paciente, en la hoja de concentración de datos se suman los códigos y se dividen entre el número de dientes que debe tener el paciente para obtener el CPOD.

CÓDIGOS.

- 0 Espacio vacío.
- 1 Diente permanente cariado.
- 2 Diente permanente obturado.
- 3 Diente permanente extraído por caries.
- 4 Diente permanente extracción indicada.
- 5 Diente permanente sano.

¹⁰⁵ Op. cit. Carranza F. "Periodontología Clínica de Glickman": 342.

Para conocer la intensidad de este problema en poblaciones y grupos étnicos, la epidemiología moderna ha desarrollado una gran cantidad de índices que sirven, entre otras cosas, como guías para planificar el trabajo médico. Para esta tesis se utilizó el índice IPD, diseñado por la OMS (Organización Mundial de Salud) y difundido en América Latina por la OPS (Oficina Panamericana de Salud).¹⁰⁶

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS).

En cualquier patología parodontal, la falta de higiene es un factor predisponente que acelera la destrucción de los tejidos de soporte de los dientes, por lo que para medir la higiene oral se utilizó, el índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermillion, entre otras razones porque en este tipo de índice no se requería la utilización de sondas periodontales, auxiliares no disponibles en la institución de estudio.

Este índice mide el área de superficie de un diente cubierto por residuos y cálculos, consta de dos componentes: el índice de residuos simplificados (DI-s), el índice de cálculo simplificado (CI-s), cada componente es valorado en una escala de 0 a 3. Para el examen se emplea un espejo y explorador curvo, las 6 superficies examinadas son las superficies vestibulares de los dientes, números 11, 16, 26 y 31. Y las superficies linguales los dientes de 36 y 46. Y cada superficie es dividida horizontalmente en tercios: gingival, medio e incisal. La puntuación por persona del índice se obtiene sumando la puntuación de residuo por superficie dentaria y dividiéndola entre el número de superficies presentes para placa dento-bacteriana y cálculo, la puntuación total es la suma de estos dos cocientes.

Los grados clínicos de limpieza de residuos que pueden ser asociados con los resultados agrupados por puntuación del índice son los siguientes:

Bueno	0.0-0.6
Regular	0.7-1.8
Malo	1.9-3.0

Los grados clínicos de limpieza de residuos de higiene bucal que pueden ser asociados con los resultados agrupados por la puntuación total del índice son los siguientes:

Bueno	0.0-1.2
Regular	1.3-3.0
Malo	3.1-6.0

Criterios para medir los componentes de residuos del índice de higiene oral simplificado para placa dento-bacteriana:

- 0 No hay residuos
- 1 Residuos blandos en un tercio de superficie dentaria
- 2 Residuos blandos en más de un tercio de superficie dentaria pero menos de dos tercios
- 3 Residuos blandos en más de dos tercios de superficie dentaria.

¹⁰⁶ OMS. "Manual CBS. Encuestas de Salud Bucal". 3ª ed. UAM, 1994: 1-60.

Criterios para medir el componente de cálculo del índice de higiene oral simplificado

- 0 No hay cálculo
- 1 Cálculo supragingival que cubre un tercio de la superficie
- 2 Cálculo supragingival que cubre más de un tercio de superficie dentaria pero menos de dos tercios
- 3 Cálculo supragingival en más de dos tercios de superficie dental.¹⁰⁷

Para las lesiones de la mucosa bucal se utilizó el índice propuesto por la OMS, se incluyeron las siguientes patologías contempladas en la Clasificación Internacional de Enfermedades - Aplicación en Odontología y Estomatología (ICD-DA), de acuerdo a las enfermedades que más frecuentemente se pudieran encontrar, se registraron úlceras, queratosis, mordisqueo de carrillo, herpes, leucoplasias, sarcoma de Kaposi, candidiasis, fibroma, leucoedema, y otras. Se auscultó al paciente intra y extrabucalmente.

Ahora bien, la evolución de todas estas patologías pueden producir lesiones de tejidos blandos y por ende maloclusiones,¹⁰⁸ por tal motivo también se registró esta alteración.

ÍNDICE DE MALOCLUSIONES SEGÚN LA OMS.

Se seleccionó el índice de la OMS, porque en los pacientes psiquiátricos es muy común no encontrar los primeros molares intactos, por ejemplo si el registro se hubiera basado en la Clasificación de Angle, que requiere la presencia del primer molar superior permanente y cuando no, no se menciona el poder tomar como base el diente continuo, entonces a muchos pacientes se les hubiese tenido que excluir del censo y nuevamente se perdería información al respecto o ésta sería sesgada.

El examen clínico para la obtención de este índice debe comenzar con la observación general del individuo. Se debe observar la apariencia general, el color de la cara y la simetría entre otras. El examen debe entonces continuar con la valoración de la maloclusión.

Existen dos niveles distintos de anomalías a registrar:

1 Anomalías ligeras, uno ó más dientes rotados o inclinados con apiñamiento o diastemas no muy apinados, los cuales alteran el alineamiento regular de los dientes.

2 Anomalías más serias con presencia de una o más de las siguientes alteraciones de los cuatro incisivos anteriores:

- Overjet (sobrepase horizontal) superior de 9 mm a más.
- Overbite (sobrepase vertical) inferior, mordida cruzada anterior igual o más grande que la longitud dentaria total.
- Mordida abierta divergencia a nivel de línea media que sea de más de 4 mm.

¹⁰⁷ Carranza F. "Periodontología Clínica de Glickman": 285.

¹⁰⁸ OMS. "Manual de Encuestas Bucales": 55.

- Apiñamiento o diastema de más de 4 mm.
- El código 0 indica normal o sin anomalías.¹⁰⁹

DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS.

Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos. (F00)

Esta sección incluye una serie de trastornos mentales agrupados por tener en común una etiología demostrable, enfermedad o lesión cerebral u otra afección causantes de disfunción cerebral. Sus rasgos esenciales se agrupan en 2 principales grupos:

- 1) 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.
- 2) 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. Los trastornos de esta sección pueden comenzar a cualquier edad, excepto quizás durante la primer infancia. En la práctica, la mayoría. De estos trastornos tienden a empezar en la edad adulta o avanzada. Algunos de estos trastornos son aparentemente irreversibles y progresivos y otros son transitorios y otros corresponden a tratamientos disponibles hoy en día.

El término orgánico significa ni más ni menos que el síndrome clasificado como tal, puede ser atribuido a un trastorno o enfermedad cerebral orgánico o sistémico diagnosticable en sí mismo. El término asintomático se utiliza para los trastornos mentales orgánicos en los cuáles la afectación cerebral es secundaria a un trastorno o enfermedad sistémica extracerebral.

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

¹⁰⁹ Idem. 34.

funciones excretoras. Este deterioro de la actividad cotidiana depende de muchos factores socioculturales.

Trastorno mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas. (F10)

Esta sección incluye trastornos muy diversos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y demencia manifiestos. Todos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicótropas.

Esquizofrenia. (F20)

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción del pensamiento y de las emociones. 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. Son frecuentes las alucinaciones especialmente las auditivas. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia.

El comienzo puede ser agudo con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña, ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

Trastornos del humor afectivos. (F30)

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y en el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.

Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. (F50)

Desde un punto de vista multicausalista, puede decirse que toda enfermedad es psicósomática, porque todo trastorno está influido de alguna forma por trastornos emocionales. De diversos modos, la hostilidad, la depresión y la ansiedad se encuentran en la raíz de la mayoría de los trastornos psicósomáticos. La medicina psicósomática se interesa por aquellas enfermedades que presentan principalmente manifestaciones

omáticas . La molestia presentada suele ser física y el paciente rara vez se queja de ansiedad, depresión o tensión , sino más bien de vómitos diarrea o anorexia.

Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. (F60)

Esta sección incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida.

Retraso Mental (F70)

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 de 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. 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.

Epilepsia (G40)

La epilepsia es una alteración paroxística recurrente de la función cerebral manifestada por fenómenos somáticos viscerales o psíquicos o los tres; suele ir asociada a la pérdida o alteración de la conciencia.

La epilepsia se manifiesta con crisis de convulsiones generalizadas acompañadas de pérdida de conciencia o con crisis convulsivas localizadas con o sin pérdida de la conciencia, o con la pérdida transitoria de la conciencia sin convulsiones.

La enfermedad se manifiesta en forma de accesos y según sus características se clasifica en gran mal y pequeño mal.

El primero consiste en la explosión de accesos convulsivos generalizados; el acceso puede presentarse en pleno bienestar sin ningún síntoma premonitorio.

El pequeño mal, consiste en crisis más o menos frecuentes de ausencias durante las cuales el paciente sufre una breve y brusca pérdida de conciencia, palidece, permanece algunos segundos extraviado, inmóvil, con la mirada fija sin hablar ni reconocer, para después comprender otra vez la conversación. El inicio de esta enfermedad suele ser en la infancia.

PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS ASOCIADOS A MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Como ya se mencionó, la mayor parte de trastornos psiquiátricos tienden a alterar hábitos de higiene que influyen no sólo en la apariencia de las personas con enfermedad mental, sino que pueden repercutir en su estado de salud general. Ello ha motivado la creación de diversas estrategias rehabilitatorias en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, que intentan limitar en lo posible el estigma y desarrollo de facies características de la enfermedad mental.

El aparato estomatológico tiene gran relevancia para alcanzar estos objetivos. De ahí que sea necesario proporcionarles medios suficientes que les permitan mantener o elevar su autoestima, brindándoles tratamientos que mejoren su apariencia o eviten que ésta se deteriore a causa de lesiones bucales.

Los pacientes psiquiátricos están en mayores riesgos de desarrollar caries, principal causa de pérdida de piezas dentales debido a que la mayor parte de la medicación, necesaria para el control de la sintomatología psiquiátrica, tiene como consecuencia efectos indeseables que alteran el funcionamiento de las glándulas salivales y la elasticidad muscular, éstas a su vez, dan lugar a alteraciones gingivales que favorecen la aparición de caries; además, el bruxismo, síntoma frecuente en esta población eventualmente desgasta la dentina y expone a las piezas dentales a caries. Sin embargo nunca se había realizado un estudio censal de enfermedades dentales que permitiera planear de mejor manera actividades preventivas y curativas en el ámbito estomatológico institucional. Por ello a fines del año 1999, se realizó el primero a fin de coleccionar información suficiente para la planeación del servicio de odontología. No obstante, se hayan realizado estudios parciales sobre enfermedades dentales en pacientes atendidos en el Servicio de Odontología de la Institución de estudio y que fueron referidos en el inciso anterior.

A continuación se mencionan algunos medicamentos de uso más común para el control de los trastornos psiquiátricos así como su repercusión en cavidad oral.

SEDANTES E HIPNÓTICOS.

Se usan para tratar el insomnio, causar sueño en procedimientos quirúrgicos de análisis, y para sedar o aliviar la ansiedad. Su mecanismo de acción interfiere en la transmisión de impulsos del tálamo a la corteza del encéfalo.

Trastornos bucales.

Sabor desagradable, resequedad de la boca, aliento fétido y mal sabor de boca.¹¹⁰

¹¹⁰ Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. 31ª. Edición. 1985 PLM : 259.

NTICONVULSIVOS.

revenir o reducen la frecuencia o gravedad de los ataques de epilepsia idiopática o los ataques secundarios a medicamentos, hipoglucemia, hipomagnesemia, meningitis, clampsia, encefalitis, lesión cerebral relacionada con algún accidente. Su mecanismo de acción es específico según el tipo de ataque convulsivo.

Trastornos bucales.

Resequedad de boca y faringe, aumento en la salivación, aftas en encías, encías dolorosas, hipertrofia gingival, glositis, hiperplasia gingival, aliento fétido, encías sangrantes por cambios en la salivación.¹¹¹

NTIDEPRESORES.

Se utilizan para tratar la depresión psicótica y neurótica endógena y para prevenir depresión recurrente. Su mecanismo de acción es incrementar la cantidad de noradrenalina o serotonina o de ambas en el sistema nervioso central. Permiten la acumulación de neurotransmisores.

Trastornos bucales.

Resequedad de boca.

TRANQUILIZANTES.

Se emplean para, tratar la ansiedad, relajar el músculo esquelético, prevenir y tratar los síntomas de retiro de alcohol y las convulsiones, tratar estados epilépticos o de epilepsia, administrar premedicación para anestesia general en procedimientos quirúrgicos cortos. Su mecanismo de acción es deprimir el sistema nervioso central, en los niveles límbico y subcortical con efectos sedantes.

Trastornos bucales.

Resequedad de boca, glositis.

¹ Meráz A. H. "Alteraciones bucales encontradas en pacientes epilépticos que consumen fármacos del grupo fenitoína (Difenit - Hidantoína) (Dilantin, Epamin). Estudio Transversal descriptivo en apoyo estadístico". A.D.M. México, 1998; 55 (1): 29-33.

ANTIPSICÓTICOS.

Pueden emplearse para tratar síntomas de psicosis agudas o crónicas especialmente por aumento en la actividad psicomotora. Incluyendo la fase maniaca de los trastornos maníacos depresivos o los trastornos bipolares y esquizofrénicos. Su mecanismo de acción es el de bloquear los receptores postsinápticos de la dopamina en el cerebro, también deprimen la liberación de hormonas hipotálamicas y algunas de la hipófisis.

Trastornos bucales.

Resequedad de boca.

COLINÉRGICOS (PARASIMPATICOMIMÉTICOS).

Son un antídoto en el envenenamiento anticolinérgico, particularmente causado por antidepresores tricíclicos. Su mecanismo de acción inhibe la destrucción de acetilcolina liberada, ésta se acumula y aumenta la estimulación del receptor.

Trastornos bucales.

Aumento en la salivación (sialorrea).

BLOQUEADORES COLINÉRGICOS (PARASIMPATOLÍTICOS).

Los bloqueadores colinérgicos inhiben la acción de la acetilcolina liberada por los nervios parasimpáticos están indicados para tratar el parkinsonismo y reacciones extrapiramidales asociadas con el uso de neurolepticos. Su mecanismo de acción es inhibir el efecto de la acetilcolina en la unión entre los extremos nerviosos postganglionares y los órganos efectores.

Trastornos bucales.

Resequedad de boca, aftas en boca y lengua, dificultad para deglutir.

ADRENÉRGICOS (SIMPATICOMIMÉTICOS.)

Los adrenérgicos realizan sus acciones imitando los efectos de la adrenalina o de la noradrenalina de sus sitios receptores del sistema nervioso simpático o desplazando la noradrenalina natural de sus sitios neurales de almacenamiento. Su mecanismo de acción

simula o incrementa el efecto de la adrenalina y noradrenalina sobre los receptores alfa y beta adrenérgicos en el sistema simpático nervioso.

Trastornos bucales.

Resequedad e irritación de garganta, gusto desagradable, resequedad de boca, Aparición de aftas y dificultad para deglutir.¹¹²

¹¹² Carsolio P. Ma., R. "Guía profesional de Medicamentos". 2ª Ed. Manual Moderno. México, 1984: 216, 233, 248, 259, 267, 302, 308 y 314.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Realizar un censo epidemiológico de enfermedades bucodentales en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, en la 1a quincena de Noviembre de 1999.

OBJETIVOS PARTICULARES

- 1) Obtener los índices epidemiológicos de: caries, parodontopatías, lesiones de tejidos blandos y maloclusiones.
- 2) Identificar el tipo de patologías bucodentales que presentan las personas con enfermedad mental hospitalizadas en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".
- 3) Proponer medidas preventivas factibles de aplicarse durante el internamiento y para dar continuidad a tratamientos integrales odontológicos.

HIPÓTESIS.

El 100% de los pacientes internos en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" presentan alguna patología bucodental.

MÉTODO

Tipo de estudio: Prospectivo, transversal, descriptivo y observacional

Universo: pacientes atendidos en el servicio de Hospitalización Continua del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", que cuenta con una capacidad de 400 camas censables, destinadas a la atención de personas con enfermedad mental que cursan cuadros agudos del padecimiento.

Población de estudio: Por tratarse de un censo epidemiológico se levantarán los índices correspondientes a todos aquellos pacientes que están en internamiento y se encuentren hospitalizados en las instalaciones del servicio de hospitalización continua durante los primeros 15 días del mes de noviembre de 1999.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión: Todos los pacientes internos en el área de hospitalización continua.

Exclusión: aquellos pacientes a los que por su condición psiquiátrica o física sea imposible realizar la auscultación odontológica.

VARIABLES

Independientes: edad (de 18-79), sexo (Masculino y femenino) y diagnóstico psiquiátrico.

Dependientes: caries (Índice CPOD), parodontopatías (Índice IHOS), lesiones de tejidos blandos y maloclusiones diseñado con el índice utilizado por la OMS.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Fuente: directa del paciente

Técnica: Auscultación odontológica del paciente psiquiátrico y llenado de cédulas de recolección de datos que se anexan al presente. **Anexo 3.**

Instrumentos: espejos, guantes, cubrebocas.

Procedimiento de recolección: el levantamiento de índices se programó en las horas en las que los pacientes se encuentran dentro de las salas de internamiento. Esta programación fue acordada con las autoridades de la institución de tal forma que el levantamiento de datos pudiera ser escalonada. Por ser un estudio no invasivo, el consentimiento de los pacientes sólo se obtuvo de manera verbal.

Los pasantes, previamente calificados para los índices, intra y extraexaminador, ejecutaron la recopilación de datos directamente en las secciones de internamiento siendo acompañados en todo momento por personal de enfermería adscrito al hospital a fin de asegurar la colaboración de los pacientes internos y brindarles el apoyo necesario tanto en la auscultación como en la provisión del material que se requiera.

El censo fue levantado del 8 al 12 de noviembre de 1999 en el Servicio de Hospitalización continua del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez de la SSA. **Anexo 4.** Se auscultaron y se revisaron los datos de aquellos pacientes que aceptaron la revisión, es decir, sólo se excluyeron a los sujetos que se negaron o que se encontraran incapacitados para participar ya fuera por su estado mental o por encontrarse en tratamiento de urgencia (intubados).

Para la realización del censo se contó con la autorización de la Dirección del Hospital, y se obtuvo el apoyo técnico de una enfermera adscrita y dos pasantes en servicio social de odontología, así como el material e instrumental requerido.

En todos los servicios y secciones de Hospitalización Continua, se solicitó al personal adscrito los nombres, diagnósticos y número de expediente de los pacientes ahí atendidos y posteriormente se les llamaba para ser revisados. Sólo en caso de que los pacientes no pudiesen acudir al cuarto de curaciones a ser revisados, ésta se realizaba en la cama del usuario. Este procedimiento de hacer revisión directamente en la cama del usuario fue necesario para todos los casos censados en el servicio de la UMQAIP (Unidad Médico Quirúrgica de Atención Integral Psiquiátrica).

Como área de trabajo se utilizó el cuarto de curaciones de cada piso y sección, en donde, previa la preparación del material e instrumental por parte de la enfermera se iniciaba la recolección de la información a partir de las 10:30 AM.

Los Cirujanos Dentistas fueron previamente estandarizados según la metodología propuesta por la OMS, (calibración intra y extraexaminador), y un examen oral individual, realizaron la exploración en el siguiente orden: cuadrante superior derecho e izquierdo, inferior izquierdo para terminar con inferior derecho; para el índice de caries.

Para el *examen del índice periodontal* las seis superficies examinadas fueron las vestibulares de los dientes número 11, 16, 26, 31. Y las superficies linguales de los dientes 36 y 46, cada superficie fue dividida horizontalmente en tercio gingival, medio e incisal. Para dicho examen se empleó el espejo del número cinco.

Con respecto al *examen de tejidos blandos*; primeramente se examinaron los labios con boca cerrada y abierta, en seguida la mucosa bucal doblando el labio superior hacia arriba y el labio inferior hacia abajo. Se continuó la inspección hacia el área retromolar de la mucosa bucal izquierda y derecha. Las áreas de la lengua que se revisaron fueron dorso, bordes laterales, punta y superficie ventral, se levantó la lengua para la inspección de piso de boca. Posteriormente se examina paladar duro y blando, velo del paladar, úvula y tejidos faríngeos anteriores.

Para el *examen de oclusión* el procedimiento se dividió en: examen extraoral, comenzó con la apreciación del rostro del individuo, observándose el color y la simetría, ésta se realizó en posición de descanso y de ella se determinó si existía o no asimetría facial, trazando una línea media imaginaria, observando si había apariencia armónica o no.

En el examen intraoral se auscultó: número de dientes presentes, forma de ambos arcos para determinar si había coordinación de uno con el otro simétricamente y se pidió al paciente que ocluyera para observar el overbite y el overjet, así como la línea media, la relación de molares y de caninos.

En el examen funcional, se pidió al paciente que abriera la boca y después que la cerrara muy lentamente, para detectar el movimiento de la mandíbula al cierre. Los examinadores dictaban el código correspondiente para cada paciente y los pasantes o la enfermera anotaban el registro en la cédula.

Los tejidos orales fueron examinados con espejos del número cinco y abatelenguas, el diagnóstico se estableció a través de la correlación de las características clínicas de las lesiones y de factores etiológicos asociados a ellas (mordisqueo de mucosas, prótesis parciales o totales mal ajustadas, dientes fracturados, obturaciones desajustadas, mal posición dentaria). Los tejidos mucosos o faciales que parecieran anormales fueron palpados con los dedos.

Como material para la auscultación se utilizaron espejos del número cinco, guantes, cubrebocas, abatelenguas, charolas para instrumental, pañuelos desechables, bolsas para basura negras y rojas, así como tablas para encuestador, fotocopias de la cédula y lápices.

El tiempo de revisión para cada paciente fue de aproximadamente cinco minutos, lo que permitió que a la 1:00 PM, se terminara la revisión de los pacientes, ello posibilitó que el levantamiento del censo no interfiriera en sus otras actividades de rutina institucional.

La basura contaminante se depositó en los botes de bolsa roja que se encuentran en cada piso y servicio. Como desinfectante líquido para la charola de depósito de espejos usados se utilizó cloro, y la esterilización se realizó diariamente en el servicio de CEYE del hospital; también de ese servicio se obtuvo el material que se requería según el número de usuarios censados por día.

El método de recolección fue el de registro, por medio de una cédula para anotar los datos de identificación y las manifestaciones clínicas de cada paciente.

MANEJO ESTADÍSTICO.

El recuento se llevó a cabo a través del sistema computarizado electrónico D BASE III PLUS, que es una base de datos- colección de información ordenada y organizada para servir a un propósito específico, contiene las variables en estudio y los datos de los individuos- y después se analizó con el programa EPI 6 (Investigación de Prevalencias Estadísticas versión 6), habiéndose obtenido de ellos estadística descriptiva (frecuencias, moda, media, porcentajes y desviación estándar), de correlación y comparación no paramétrica para una y más muestras; es decir la descripción del comportamiento de la muestra a partir de cada una de las variables (Chi cuadrada).

RECURSOS:

RECURSOS HUMANOS

2 pasantes de odontología (examinadores)
1 enfermera.
2 pasantes de odontología en servicio social (auxiliares)
Director y asesor de tesis.

RECURSOS FÍSICOS:

Los del hospital.

RECURSOS MATERIALES

855 copias fotostáticas (cédulas de registro)
4 lápices.
40 espejos.
300 abatelenguas.

2 tablas de encuestador.
40 guantes.
24 cubrebocas.
3 pañuelos desechables.
1 charola (para transportar el material).
8 bolsas para basura.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

Se revisó un total de 195 individuos de 207 pacientes internos en el Servicio de Hospitalización Continua a la fecha del levantamiento de datos; de los sujetos censados 108 (55.4%) fueron hombres y 87 (44.6%) mujeres, con un promedio de edad de 34 años.

La causa principal del internamiento fue la Esquizofrenia con 87 pacientes (44.6%), después el Trastorno Mental Orgánico Incluidos los Sintomáticos con 37 pacientes (19.0%), el tercer lugar lo ocuparon los Trastornos del Humor con 37 pacientes (19.0%). Otras patologías 17.4% y su distribución por sexo quedó como se muestra en el cuadro 1. De éstos cabe resaltar que de los tres diagnósticos principales, las mujeres sólo presentaron más frecuentemente Trastornos del Humor (14.9%). Además se encontró que el 72.8% de la población censada se encontraba en los rangos etáreos de entre los 18 y 40 años.

DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL POR PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, EDAD Y SEXO.

CUADRO 1

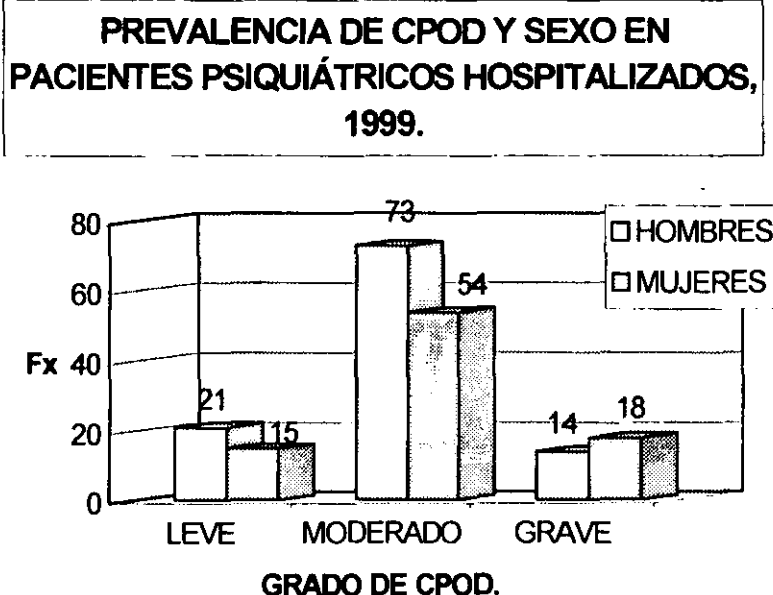
CLAVE CIE-10	DX. PSQ	EDAD PROM.	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	TOTAL
			Fx	%	Fx	%	Fx	%
F00	TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS.	35.0	24	12.3	13	6.6	37	19.0
F10	TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.	33.3	17	8.8	1	0.5	18	9.2
F20	ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO Y TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES.	34.0	51	26.2	36	18.5	87	44.6
F30	TRASTORNO DEL HUMOR (AFECTIVOS)	32.0	8	4.1	29	14.9	37	19.0
F50	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO, ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y A FACTORES SOMÁTICOS.	39.0	0	0	1	0.5	1	0.5
F60	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO.	40.0	1	0.5	0	0.0	1	0.5
F70	RETRASO MENTAL.	27.5	4	2.0	2	1.0	6	3.1
G40	EPILEPSIA	35.0	3	1.5	5	2.6	8	4.1
TOTAL		34	108	55.4	87	44.6	195	100 %

Respecto a la prevalencia de dientes afectados que registra el índice CPOD (dientes cariados, perdidos y obturados) se encontró que el promedio de CPOD general es de 16.6 mismo que corresponde, según la OMS a una alta prevalencia de caries. Por la afectación de piezas el componenteariado "C", alcanzó las cifras más elevadas con un promedio de 11, ya que los 192 pacientes presentaron al menos un dienteariado; el componente perdido "P" obtuvo un promedio de 6, con respecto a este componente podemos referir que la mitad de los pacientes presentaron un diente perdido. En el componente obturado "O", el promedio que se obtuvo fue de 5.1, este fue el componente más bajo para el total de la muestra, ya que 88 pacientes tenían al menos un diente obturado.

El CPOD se interpretó a partir de la escala constituida con los parámetros de la muestra, leve fue considerado como 0.07 a 0.39, moderado representa 0.42 a 0.78 y grave 0.82 a 1.00.

En CPOD leve se registraron 36 pacientes, 15 mujeres y 21 hombres con un promedio de 8 piezas afectadas, en CPOD moderado 127 pacientes, 54 mujeres y 73 hombres con 17 piezas dañadas, y en el CPOD grave, 32 pacientes, 18 mujeres y 14 hombres con 25 piezas dañadas. Véase gráfica 1.

GRÁFICA 1

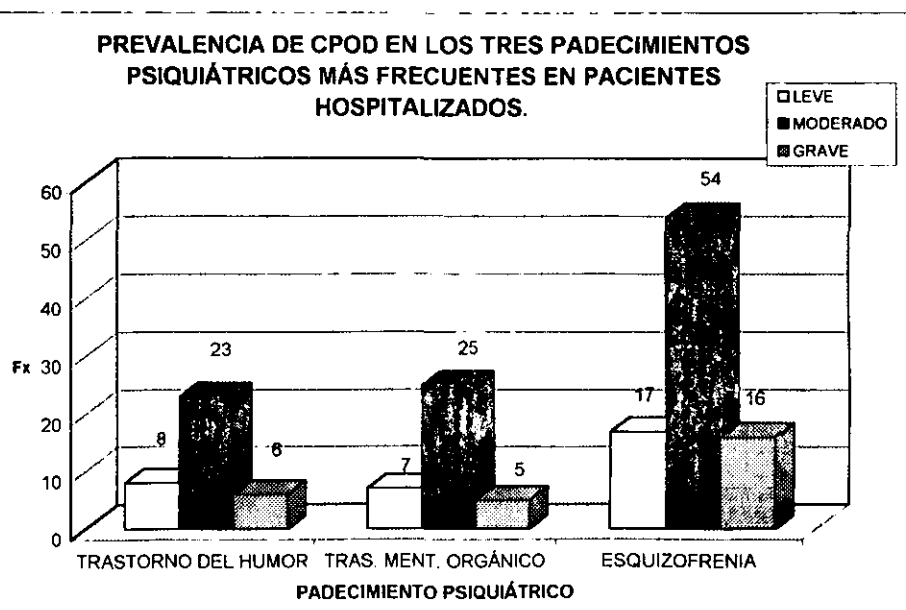


En cuanto a la diferencia por sexo y respecto del índice se obtuvo que las mujeres presentan mayor número de dientes afectados, es decir un promedio de 25 piezas dañadas, siendo esta diferencia significativa con una $P < .05$ (chi cuadrada); en lo que toca al nivel del índice considerado como leve y moderado los hombres se agruparon preferentemente en dichos rangos, diferencia que al compararse por sexos alcanzó una P . de .025 y .01 respectivamente (chi cuadrada).

Los pacientes con un CPOD leve se encontraron preferentemente en el rango de edad de 30 años. El moderado el de 30 a 40 años y en grave pacientes de entre 40 y 50 años.

Cuando se relacionó el nivel del índice con las tres patologías psiquiátricas más frecuentes se obtuvo lo siguiente: en índice leve 17 pacientes fueron esquizofrenicos; 8 presentaron trastornos del humor y afectivos y 7 tuvieron Trastorno Mental Orgánico. Con índice de CPOD moderado 54 pacientes eran esquizofrenicos, 25 con trastorno Mental Orgánico y 23 Trastorno del Humor Afectivo. En CPOD grave 16 pacientes fueron esquizofrenicos, 6 con trastorno del Humor Afectivo y 5 con Trastorno Mental Orgánico. Véase gráfica 2.

GRÁFICA 2



La población geriátrica (mayor de 60 años) presentó únicamente índices moderados y graves, en el primero se catalogaron a 2 y en el último a 4 pacientes.

Para los índices de higiene oral, se tomaron en cuenta los siguientes rangos: bueno (0.0- 0.6), regular (0.7-1.8) y malo (1.9-3.0).

Con respecto a la placa dentobacteriana en el grado bueno la frecuencia fue de 56 pacientes (29.0%), en el grado regular se detectaron a 118 pacientes (61.0%) y en el grado malo a 20 (10.0%). Los rangos de edades según los grados de placa fueron: 40-50, 30-40, 30-40 años para bueno, regular y malo respectivamente.

En lo concerniente a cálculo se observó la siguiente distribución, en el grado bueno 169 pacientes (87.1%), en el grado regular 17 pacientes (8.8%) y en el grado malo 8 pacientes (4.1%). Los rangos de edades con respecto a cálculo fueron: 40-50, 30-40, 30 años respectivamente. **Cuadro 2.**

DISTRIBUCIÓN DE PLACA DENTOBACTERIANA Y CÁLCULO EN POBLACIÓN PSIQUIÁTRICA.

CUADRO 2

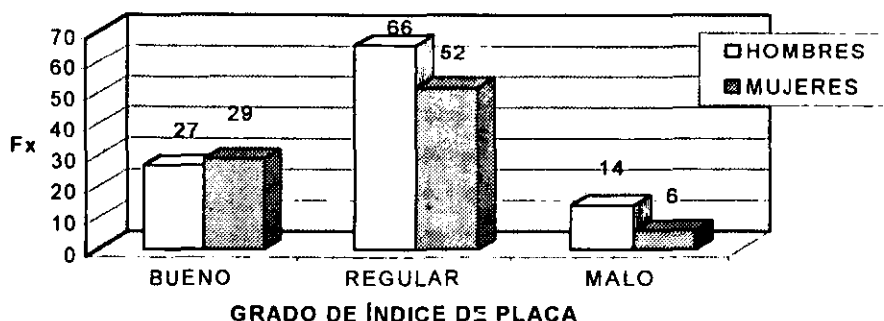
RANGOS	PLACA DENTOBACTERIANA		CÁLCULO	
	Fx	%	Fx	%
0.0 – 0.6 (BUENO) 1.0	56	29.0	169	87.1
0.7 – 1.8 (REGULAR)	118	61.0	17	8.8
1.9 – 3.0 (MALO)	20	10.0	8	4.1
* TOTAL	194	100%	194	100%

*Un paciente desdentado, por lo que no se incluyó en este apartado.

En cuanto a la relación entre nivel de placa y sexo se encontró la siguiente distribución: en bueno 56 pacientes, (29 mujeres y 27 hombres), en regular 118 pacientes (52 mujeres y 66 hombres) y malo 20 pacientes (6 mujeres y 14 hombres). Véase gráfica 3.

GRÁFICA 3

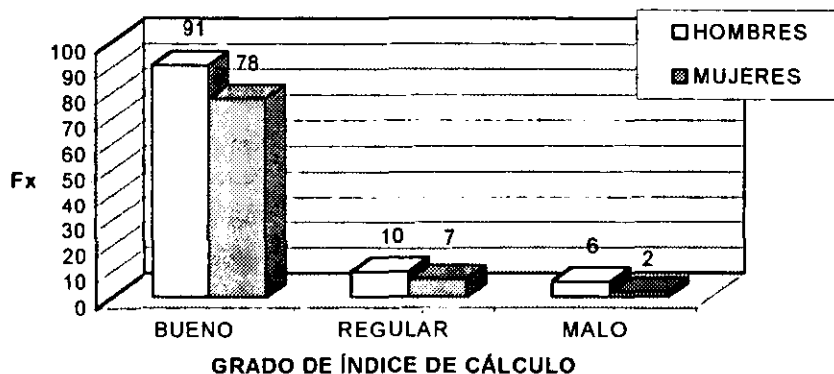
**DISTRIBUCIÓN DE PLACA DENTOBACTERIANA Y SEXO
EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS,
1999.**



En cálculo la distribución fue, bueno para 169 pacientes (78 mujeres y 91 hombres), en regular 17 pacientes (7 mujeres y 10 hombres), y en malo 8 pacientes (2 mujeres y 6 hombres). Véase gráfica 4.

GRÁFICA 4

**PREVALENCIA DE CÁLCULO Y SEXO EN PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS.**

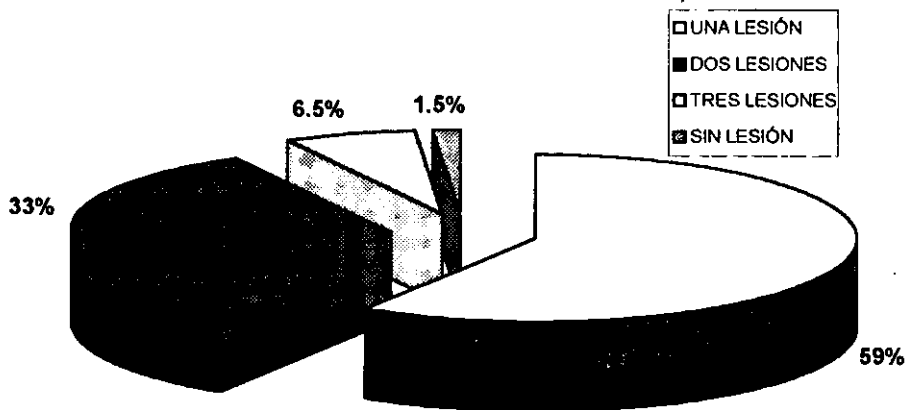


Por lo tanto fue mayor la presencia de placa con respecto a cálculo por lo que se podría suponer, que se presentó una mayor frecuencia de gingivitis que de periodontitis, como se observó en el cuadro 2.

De acuerdo a los resultados de lesiones de tejidos blandos, de los 195 pacientes censados, 3 (1.5%), no presentaron ninguna lesión; 115 (59%) presentaron un solo tipo de lesión; 64 (33%) presentaron dos tipos de lesiones; y trece (6.5%) tuvieron hasta tres lesiones distintas. Véase gráfica 5.

GRÁFICA 5

**ACUMULACIÓN DE LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS EN
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS, 1999**



Las tres principales lesiones detectadas en este censo, se distribuyeron según el sexo de la siguiente manera: mordisqueo de carrillo en 99 pacientes, de los cuales 42 fueron mujeres y 57 hombres. Fibroma 71 pacientes en total, 30 mujeres y 41 hombres; y úlcera 11 pacientes 6 mujeres y 5 hombres, la distribución de todas las lesiones de tejidos blandos por sexo se observa en el cuadro 3.

LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS POR SEXO.

CUADRO 3

LESION	Fx. MUJÉRES	Fx. HOMBRES	TOTAL
SIN LESIÓN	3	0	3
HERPES	1	0	1
ÚLCERA	6	5	11
FIBROMA	30	41	71
CANDIDA ALBICANS	0	1	1
LEUCOPLASIA	0	1	1
QUERATOSIS FRICCIONAL	2	1	3
MORDISQUEO DE CARRILLO	42	57	99
SARCOMA DE KAPOSI	0	0	0
ABSCESO	1	1	2
OTRAS	2	1	3
TOTAL	87	108	195

Por patología psiquiátrica los pacientes que presentaron mayor frecuencia de lesión en tejido blando fueron los diagnosticados con Esquizofrenia, después los de Trastorno mental Orgánico Incluidos los Sintomáticos y los del Trastorno del Humor. En el **cuadro 4** se muestra el mapa de alteraciones registradas a todos los pacientes.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION POR PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA Y FRECUENCIA DE LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS.

CUADRO 4

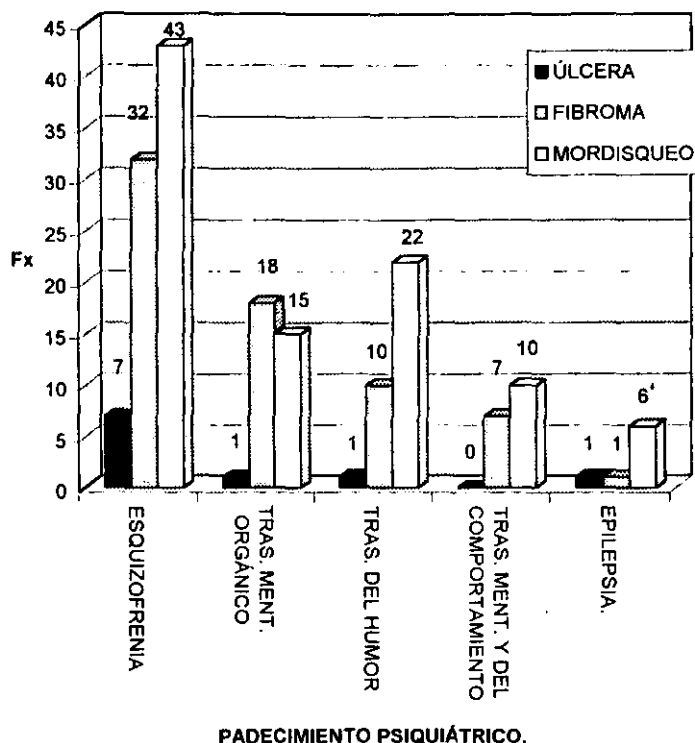
DX.PSIQUIÁTRICO	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	TOTAL
TRASTORNO MENTAL ORGÁNICO INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS			1	18	1	1		15	1		37
TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.				7				10		1	18
ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO Y TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES.	2		7	32			2	43	1		87
TRASTORNO DEL HUMOR (AFECTIVOS)	1	1	1	10				22		2	37
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO, ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES SOMÁTICOS.								1			1
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO.				1							1
RETRASO MENTAL.			1	2			1	2			6
EPILEPSIA			1	1				6			8
TOTAL	3	1	11	71	1	1	3	99	2	3	195

I= SIN LESIÓN, II=HERPES, III=ÚLCERA, IV= FIBROMA, V= CANDIDA ALBICANS, VI= LEUCOPLASIA, VII= QUERATOSIS FRICCIONAL, VIII= MORDISQUEO DE CARRILLO, IX= ABSCESO Y X= OTRAS.

Las cinco patologías psiquiátricas más frecuentes se relacionaron de la siguiente manera con las tres lesiones de mayor incidencia: Esquizofrenia con 82 lesiones, el Trastorno Mental Orgánico con 34 lesiones, los Trastornos del Humor con 33 lesiones y Trastorno Mental y del Comportamiento con 17 lesiones y Epilepsia 8; y las patologías psiquiátricas restantes la frecuencia fue menor. Véase gráfica 6.

GRÁFICA 6.

**TRES PRINCIPALES LESIONES Y TIPO DE PATOLOGÍA
PSIQUIÁTRICA, EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, 1999.**

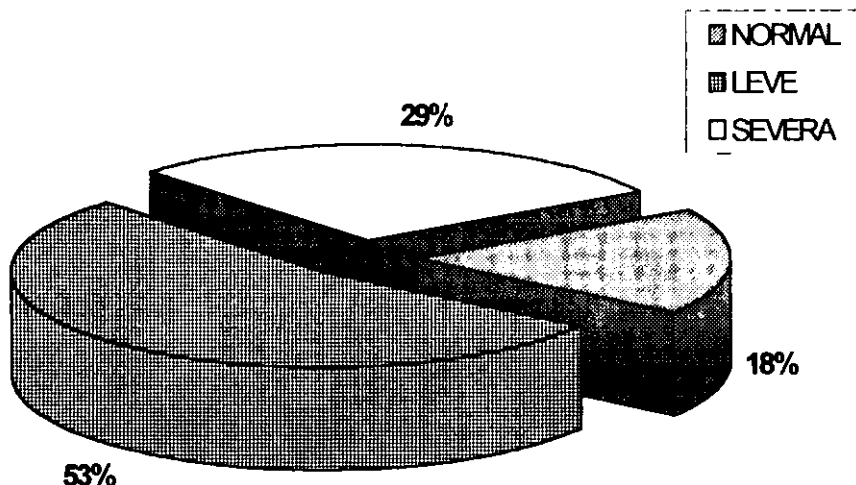


Se debe mencionar que además se detectaron lesiones diferentes a las que permite registrar la ficha; éstas fueron por orden de frecuencia: lengua geográfica, lengua saburral, queilitis angular e hiperqueratosis.

Con respecto a las maloclusiones el 18.0% (36) de los pacientes no presentaron ninguna, por lo que la oclusión fue normal, el 53.0% (103) presentó anomalías ligeras tales como uno ó más dientes rotados o inclinados, con apiñamiento o diastemas no muy amplios, alterando el alineamiento regular de los dientes, por lo que presentaron maloclusión leve y el 29.0% (56) presentaron anomalías más serias; con alguna de las siguientes: overjet superior a 9 mm y overbite inferior, mordida cruzada anterior, mordida abierta o apiñamiento de más de 4 mm, por lo que se clasificó como maloclusión severa. Véase gráfica 7.

GRÁFICA 7

**DISTRIBUCIÓN DE OCLUSIÓN EN POBLACIÓN PSIQUIÁTRICA,
MÉXICO, 1999.**



Por patología psiquiátrica y tipo de maloclusión se encontró que en la Esquizofrenia 45 pacientes presentaron anomalías ligeras y 23 anomalías más serias; en el Trastorno del Humor Afectivos se encontró que 22 pacientes presentaron anomalías ligeras y 9 anomalías más serias; en los Trastornos Mentales Orgánicos, incluidos los sintomáticos 20 pacientes presentaron anomalías ligeras y 11 anomalías más serias. Los otros trastornos mentales obtuvieron resultados bajos, tal como se muestra en el **cuadro 5**.

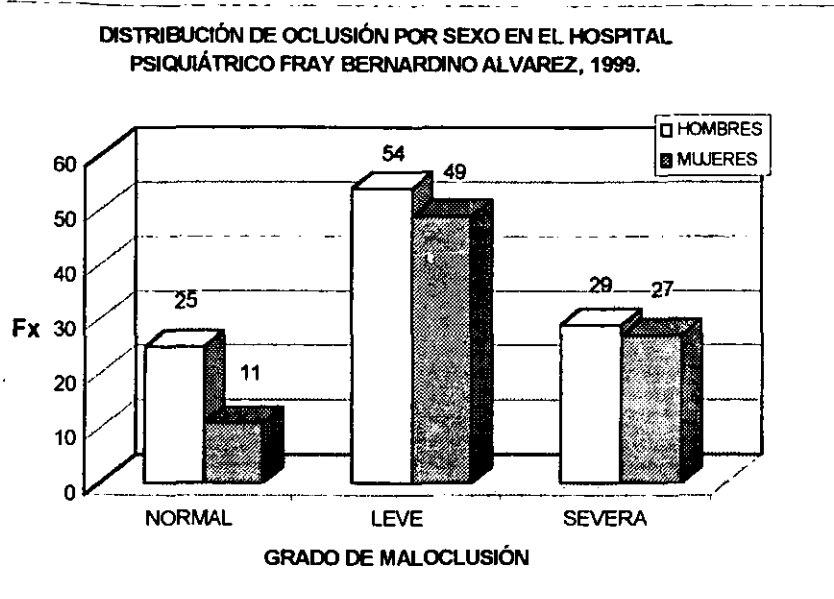
DISTRIBUCIÓN DE OCLUSIÓN CON RESPECTO A PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA.

CUADRO 5.

DX. PSIQUIÁTRICO	OCLUSIÓN NORMAL	MALOCLUSIÓN LIGERA	MALOCLUSIÓN SEVERA	TOTAL
TRASTORNO MENTAL ORGÁNICO INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS	6	20	11	37
TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.	4	7	7	18
ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO Y TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES.	19	45	23	87
TRASTORNO DEL HUMOR (AFECTIVOS).	6	22	9	37
TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADO A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES SOMÁTICOS.	0	0	1	1
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO.	0	0	1	1
RETRASO MENTAL.	0	4	2	6
EPILEPSIA.	1	5	2	8
TOTAL.	36	103	56	195

De 87 mujeres revisadas 11 (14%) tuvieron oclusión normal, 49 (53.4%) maloclusión leve y 27 (32.6%) maloclusión severa. En el sexo masculino (108 pacientes), 25 (23%) presentaron oclusión normal, 54 (47.7%) maloclusión leve y 29 (29.3%) maloclusión severa. El rango de edad para oclusión normal fue de 19 a 40 años, para la maloclusión leve de 20 a 50 años y la maloclusión severa se presentó en sujetos de entre 25 a 65 años. Véase gráfica 8.

GRÁFICA 8



Los 32 pacientes que se registraron con un CPOD grave, presentaron niveles buenos de placa y cálculo, 22 pacientes tuvieron maloclusiones severas y predominaron en ellos las lesiones de fibroma, mordisqueo de carrillo y úlceras, 16, 13 y 2 sujetos respectivamente.

Los pacientes que presentaron un CPOD moderado fueron en total 127 pacientes y presentaron en placa un grado regular, en cálculo grado bueno y maloclusión ligera. Para esta submuestra también predominaron las lesiones: 1) mordisqueo de carrillo, 2) fibroma y 3) úlcera, en ese orden de frecuencia.

Los pacientes que tuvieron un índice bajo de CPOD, tuvieron un nivel de placa regular y de cálculo bueno, así como maloclusión ligera, aunque presentaron como principales lesiones de tejidos blandos las mismas que los grupos arriba mencionados.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Los datos encontrados en este estudio comprueban que el estado bucodental de los pacientes internos en el Hospital Psiquiátrico de estudio es crítico, y por tanto, es factible esperar que dicha condición dentaria sea similar en la población de otras instituciones que atienden personas con trastornos mentales severos.

Consideramos que las personas con enfermedad mental, presentan una más alta prevalencia de CPOD por los hábitos higiénicos que tienen, y probablemente por el tipo de medicamentos antipsicóticos que consumen, además del tiempo de evolución de la enfermedad, ya que esta población no alcanzó ni el 5% libre de caries que la OMS menciona como rango aceptable. Cabe señalar que investigaciones realizadas en pacientes incapacitados apoyan nuestra hipótesis con respecto a que este tipo de pacientes, ya sea por el cuadro psiquiátrico que presentan o por el tipo de medicamento que ingieren, tienden a mantener una deficiente higiene oral, lo que puede propiciar la producción de caries dental.

Por otra parte a pesar de los diferentes programas gubernamentales establecidos desde 1993 para fluorar sal y agua a fin de disminuir la aparición de caries en población general,¹¹³ el presente estudio muestra que ciertos grupos poblacionales no alcanzaron a beneficiarse de dichos procedimientos. Incluso, por cuestiones de tiempo de exposición a fluoración sanitarias, ya que como se observó, la población incluida en este censo tiene un promedio de edad de 34 años, por lo que la prevención en la infancia puede presumirse limitada a la que les proporcionó el ámbito familiar y no mediante estrategias públicas.

Por el momento, las acciones encaminadas a disminuir dichas patologías en el año 2000 incluye alcanzar un índice de CPOD de tres piezas cariadas, perdidas u obturadas, al llegar a los 12 años de edad, así como disminuir en la población general la incidencia y prevalencia de enfermedades bucodentales en un 30%,¹¹⁴ además de lograr eficiencia en las acciones curativas mediante lo que se ha definido como restauración atraumática, (remoción de caries sin usar alta tecnología, recomendando el uso de medios mecánicos).¹¹⁵

Para comparaciones de morbilidad dental en personas adultas no hay datos recientes que permitan realizar cálculos precisos, aunque se estime que los individuos mayores de 18 años presentan altos índices de caries. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que los estudios epidemiológicos en adultos preferentemente se han realizado en sujetos que acuden a demandar atención dental, motivo por el cual carecemos de indicadores para estimar diferencias de padecimientos dentales entre población general y pacientes psiquiátricos.

Además puede esperarse que la prevalencia de alteraciones bucodentales se incremente si a depresión, que es una de las patologías psiquiátricas de morbilidad creciente en todo el

¹¹³Op. cit. Organización Panamericana de la Salud. "Las condiciones de salud en las Américas". Washington D.C. OPS 1998 2v. (OPS. Publicación Científica; 569): 202-210,403-418.

¹¹⁴Idem. 407.

¹¹⁵Op. cit. Comunicado de la Secretaría de Salud. "Panorama de la Salud Bucal en México: Perspectiva y Compromiso de la Secretaría de Salud. Componente Curativo Asistencial y del Adulto Mayor". P.O. México 1988; 19(7): 22-23.

mundo incluido México, sigue aumentando, ya que requiere para su adecuado tratamiento del consumo de antidepresivos. Las propiedades anticolinérgicas de estos medicamentos, bloquean la estimulación parasimpática de las glándulas salivales lo que produce resequedad bucal predisponiendo a una producción rápida de caries y una intensificación de problemas parodontales.¹¹⁶ Por otra parte, algunos medicamentos antipsicóticos producen problemas de psicomotricidad fina y gruesa que repercuten en la higiene bucal, alterando así el funcionamiento del aparato estomatognático. Además en un estudio realizado en 1998 se encontró que los fármacos del grupo Fenitoína produjeron 32 alteraciones diferentes en el órgano bucal¹¹⁷, este grupo farmacológico es comúnmente utilizado para pacientes epilépticos, por lo tanto así como este medicamento produce alteraciones bucales, otros fármacos también podrían tener reacciones secundarias similares.

Además de factores como el tiempo de evolución de la enfermedad y la disminución de la higiene bucal de los pacientes, también pudieron influir factores geográficos, socioeconómicos y demográficos de la población estudiada en la forma en que se distribuyó la caries dental, ya que debe recordarse que dicha institución atiende preferentemente a personas de bajos recursos, con educación promedio de sexto de primaria y procedentes en un 30% del interior de la república.¹¹⁸

En cuanto a los niveles de placa y cálculo pueden considerarse aceptables para una población que se espera tenga fuertes deficiencias de higiene oral. No obstante, llama la atención, los bajos niveles de placa y cálculo en la población de estudio, ya que el descuido higiénico obviaría la extensión y gravedad de este problema en personas con enfermedad mental. No obstante cabe hipotetizar que este hallazgo, podría deberse, paradójicamente, a la influencia de algunos medicamentos psicotrópicos que si bien producen alteraciones en la cantidad de flujo salival, tal vez colaboren en la disminución de producción de microflora.

Por otra parte, aunque en este estudio no se contempló el tabaquismo, se ha observado que este tipo de población presenta un consumo de tabaco excesivo, esto fue corroborado en una investigación realizada en la institución en el año de 1996, en el que se encontró que el 50% de los pacientes examinados eran fumadores,¹¹⁹ también durante el servicio social realizado en 1998-1999, se observó que los pacientes presentaban el hábito de fumar. Este es un factor importante para comprender los resultados obtenidos, ya que en la investigación bibliográfica que se realizó se menciona que el uso del tabaco puede provocar el aumento en la frecuencia y severidad de la enfermedad periodontal, favoreciendo la acumulación de cálculo, así como de placa dentobacteriana y pigmentación de la mucosa oral. Este hecho es posible dada la existencia de factores asociados al hábito de fumar que incrementan el efecto

¹¹⁶ López R. et. al. " Hipofunción Salival y Caries Dental ". P.O. México 1998; 19(2): 12-15.

¹¹⁷ Op. cit. Meraz A. H. "Alteraciones bucales encontradas en pacientes epilépticos que consumen fármacos del grupo fenitoína (Difenil - Hidantoína) (Dilantin, Epamin). Estudio Transversal descriptivo en apoyo estadístico". A.D.M. México, 1998; 55 (1): 29-33.

¹¹⁸ Castañeda G.C. et. al. " Calidad de la atención en un hospital Fray Bernardino Alvarez ". Psiquis. México 1996; 5(5): 21-38.

¹¹⁹ Rosas L. M. et al. " Encuesta retrospectiva sobre uso de tabaco en pacientes psiquiátricos". Psiquis. México 1996;5(6): 145-148.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

irritante de la placa dentobacteriana y del cálculo dental.¹²⁰ Según Muñoz J. y Castellanos J. mencionan que es de esperar que la formación de cálculo incrementa la gingivitis simple, la periodontitis de modo proporcionalmente al aumento en el consumo de tabaco. Con respecto a los procesos cariosos y el índice elevado de CPOD, existe como posible explicación el tipo de placa dentobacteriana que se forma, por el efecto irritante del humo del cigarrillo.¹²¹

En cuanto al hábito de consumo de tabaco, se ha comprobado que hay un aumento en la prevalencia de lesiones blancas, (como las leucoplasias y las queratosis) por el aumento de la temperatura, cambios de pH que irritan constantemente la mucosa bucal causando cambios hiperplásicos y/o hipertróficos. El intercambio gaseoso y la temperatura que produce el cigarrillo dan como consecuencia una resequedad constante en la superficie de la mucosa bucal que puede estar asociada con la aparición de alteraciones en lengua,^{122,123} que es una de las lesiones encontradas en los pacientes incluidos en el estudio.

En lo que respecta a las lesiones de cavidad bucal, se sabe que en muchos países y en nuestro medio, dichas lesiones se siguen diagnosticando, las más de las veces, en etapas clínicas avanzadas, requiriendo por ello tratamientos interdisciplinarios costosos. La mayoría de las veces sucede así con el cáncer oral: recordemos que muchas de las lesiones en tejidos blandos pueden desarrollar cáncer bucal, una de ellas son las leucoplasias. Es escasa la supervivencia que se presenta en el ser humano después de diagnosticar cáncer oral, ya que generalmente evoluciona dejando secuelas anatómicas, funcionales y estéticas graves. Muchas de las lesiones que se encontraron en la cavidad bucal pueden estar relacionadas con efectos irritativos como las prótesis mal ajustadas, restos radiculares, tabaquismo, mordisqueo de carrillo, dientes fracturados, maloclusiones severas y enfermedades sistémicas; no obstante todos estos causales pueden ser prevenidos y por tanto es factible evitar dicho tipo de lesiones; ya que este tipo de pacientes tienden a incrementar los factores de riesgo, puesto que en ellos, como se observa en los resultados, las lesiones cariosas y las enfermedades periodontales son más frecuentes por la falta de higiene bucal, así mismo presentan una mayor pérdida de piezas dentarias.

Por otro lado la pérdida de dientes da lugar a maloclusiones y una mala masticación que favorece la reducción de minerales y vitaminas, sustancias que fortalecen las mucosas epiteliales. El realizar este tipo de investigaciones permite al Cirujano Dentista conocer las lesiones que se presentan en este tipo de población y su prevalencia, ayudando a diferenciar las lesiones que son frecuentes y las que no lo son.

Con respecto a los resultados que se obtuvieron en la presente investigación se puede observar que la prevalencia de lesiones de la mucosa bucal fue significativamente mayor en

⁰ Muñoz J. J. "Afección Sistémica y Periodontal relacionados con el Tabaquismo". A.D.M. México 1999; 56(3): 108-112.

¹ Castellanos L. J. L. et al "Frecuencia de lesiones bucales en tabaquismo activo por cigarrillos". A.D.M. México 1991; 48(5): 269-272.

² Muñoz J. et al. "Afección Sistémica y Periodontal Relacionadas con el Tabaquismo". A.D.M. México M 1999; 56(3): 98-112.

³ Ortega A. J. "Tabaco y Cáncer Oral: Una Mala Relación". P.O. México 1992; 13(8): 1.

los hombres y menor en las mujeres; cuando un mismo tipo de alteración era identificada en ambos sexos, con algunas excepciones (Candida albicans y Leucoplasia) la frecuencia fue mayor en el sexo masculino como se muestra en otros estudios realizados.¹²⁴ Las razones que pueden explicar estos hallazgos son múltiples, considerando la variable genética, además de que las mujeres solicitan servicio bucodental de manera más temprana y abundante, presentando usualmente mayor atención a los cambios patológicos.

Probablemente también influyeron en nuestros resultados el promedio de edad de los pacientes. Está documentado que la cantidad de irritantes locales, hábitos, manifestaciones de neurosis y respuesta de queratinización de los tejidos ante el trauma, son proporcionales a la edad, lo que repercute directamente en la incidencia y prevalencia de las lesiones.

Otro dato importante que se obtiene de los resultados es la presencia de alteraciones en el órgano lingual. La prevalencia más alta se encontró como lengua geográfica; éstas alteraciones pueden asociarse a ciertos trastornos generales, de los cuáles los más frecuentes son las deficiencias nutricionales,¹²⁵ así como a la deficiencia del hierro y vitamina B₁₂, además de otros factores locales a que se pueden atribuir a estas reacciones en la mucosa bucal están el tabaquismo.

Todo esto es importante puesto que las lesiones que se presentan en cavidad oral, por muy simples que parezcan, pueden desarrollar cáncer bucal.

Con respecto a las maloclusiones, los resultados obtenidos mostraron que las maloclusiones ligeras fueron las más frecuentes en la población estudiada con un 53.0%, y que el 29.0% de los pacientes presentan anomalías graves; por lo que se pudo comprobar que más del 82.0% de la población estudiada padece de algún tipo de maloclusión.

Como se puede observar en los resultados, la edad no se encuentra asociada directamente con algún tipo de maloclusión,¹²⁶ también podemos observar que el sexo no afecta la distribución de las anomalías.

Una buena parte de las maloclusiones habituales son originadas por anomalías musculares de carácter funcional, las maloclusiones que aparecen en la literatura frecuentemente asociadas con la posición lingual, deglución atípica y respiración oral son: la mordida abierta, la mordida cruzada, sobremordidas y diastemas. Como se dijo anteriormente, el paciente psiquiátrico frecuentemente presenta hábitos orales nocivos lo que produce patrones de crecimiento óseo anormales por las fuerzas musculares ejercitadas, originándose una maloclusión, ya sea de tipo esquelética o dental. Es muy importante para el odontólogo saber cuánto tiempo el paciente psiquiátrico ha presentado ese hábito lingual, ya que las maloclusiones por fuerzas musculares anormales se presentan por tres diferentes factores: principalmente, por el grado que presenta la fuerza ejercida, después por la duración que

¹²⁴Díaz G. L. "Lesiones Rojas y Mixtas (blancas/ Rojas) de la Mucosa Bucal. Estudio Epidemiológico en 5868 pacientes". A.D.M. México 1989; 46(3): 126-130.

¹²⁵ Leyva H. et. al. "Prevalencia de Lengua Fisurada, Lengua Geográfica, Glositis Romboidica Media y Atrofia Central de Papilas". P.O. México 1992; 13(4): 51-59.

¹²⁶ Villanueva J. D. et. al. " Patrones Cefalométricos y Tipos de Maloclusiones en un grupo de Población Adulta de San Luis Potosí México". ADM. México 1996; 53(6): 282-284.

ene esa fuerza y por último, la frecuencia con la que se aplica. Estos tres factores unidos entre sí tienen como consecuencia severas alteraciones músculo esqueléticas.¹²⁷ Por ello, resultará importante que en nuevas ocasiones se especifique si estos hábitos, tics o síntomas devienen de la patología o son derivados del efectos indeseables producidos por los medicamentos que ingieren, ya que así, se tendrían mejores elementos para establecer el tratamiento adecuado a cada paciente.

Otros factores que se deben tomar en cuenta para comprender las alteraciones oclusales de los pacientes psiquiátricos es su tendencia a la respiración bucal, o bien a la postura inclinada de la cabeza, ya que estos pacientes tienden a rotar la mandíbula y adelantar la lengua como en los prógnatas. Los manierismos y la sialorrea pueden deberse a la sintomatología neuropsiquiátrica o a ciertos efectos no deseados de los medicamentos por lo que es importante conocer lo que los causa a fin de reducir su impacto en la salud oral. También la falta de piezas dentarias debe ser tratada para evitar maloclusión.

En los enfermos mentales la pérdida de piezas dentarias es frecuente, ya que el descuido en la higiene bucal les propicia la caries dental y la aparición de enfermedad periodontal, ello favorece la pérdida del soporte oclusal previsto por los dientes, la falta de un diente significa el inicio de la maloclusión, ya que los dientes empiezan a rotarse al inicio de sobreerupción, predisponiendo a puntos prematuros de contacto y patologías dentarias y generalmente se relega la función masticatoria a los dientes remanentes, esto causa susceptibilidad de los músculos masticatorios al realizar una función ineficiente, para que se vuelvan hiperactivos y eventualmente desarrollen fatiga y/o dolor muscular, provocándose una alteración al deglutir.¹²⁸

Cuando la función de los músculos masticatorios se altera es común que encontremos bruxismo, que si bien es una de las manifestaciones más frecuentes que se pueden observar en las maloclusiones, así como los desgastes, todo esto promueve el mal funcionamiento de la Articulación Temporomandibular, dando lugar a síntomas como los dolores graves que pudiesen agudizar el cuadro psicótico del paciente.

¹²⁷ Medina M. R. U. et al. "Influencia de la ubicación del punto de producción de fuerza Oclusal sobre la Eficiencia y Patrones de Contribución de Músculos Elevadores de la Mandíbula". ADM. México 1997; 54(5): 275-286.

¹²⁸ Muclas F. L. et al. "La Interposición Lingual como Factor etiológico de la Maloclusión". ADM. México 1998; 55(4): 29-35.

CONCLUSIONES.

La razón primordial para realizar esta investigación, fue la identificación de las patologías bucodentales que presentan los pacientes psiquiátricos, dicha investigación arrojó resultados de los cuales concluimos lo siguiente:

- 1.- Las principales patologías identificadas fueron caries, parodontopatías, maloclusiones y lesiones de tejidos blandos, el 100% de la población psiquiátrica presentó alguna patología bucodental.
- 2.- La caries dental presentó un índice elevado de CPOD, en la población estudiada.
- 3.- Con respecto a las periodontopatías, se presentó en mayor proporción la gingivitis por la higiene oral deficiente.
- 4.- La mitad de las lesiones de la mucosa bucal que fueron detectadas en los pacientes son de origen traumático, se puede pensar que tal vez fueron originadas por alguno de los siguientes factores etiológicos como son: restos radiculares, dientes cariados, restauraciones cortantes, prótesis mal adaptadas, dientes extraídos, tabaquismo, mordisqueo crónico, sustancias químicas así como hábitos orales por fuerzas musculares no apropiadas y por mantener los medicamentos en boca durante tiempos prolongados a fin de evitar su ingesta.
- 5.- La prevalencia más alta de lesión de tejido blando en el órgano lingual fue la lengua geográfica.
- 6.- La prevalencia de las maloclusiones puede considerarse como alta (81%), aunque no es posible comparar los resultados obtenidos en esta investigación.
- 7.- Las maloclusiones en los enfermos mentales, se presentaron principalmente por la pérdida de piezas dentarias.
- 8.- Para disminuir las enfermedades bucodentales deben promoverse los hábitos de higiene bucal, disminuir el índice de caries y parodontopatías. - con lo que se impediría la pérdida de piezas dentarias,- evitándose así las aberraciones musculares, no afectando la posición ni inclinación de las piezas dentarias, conservando la estética y funcionalidad del aparato estomatognático, disminuyendo así, las alteraciones de la Articulación Temporomandibular.
- 9.- Urgen programas integrales de diagnóstico precoz, uno de prevención y otro de rehabilitación odontológico que incluya prótesis.

RECOMENDACIONES.

Por todo lo anterior resulta importante promover actividades de restauración bucodental en la población psiquiátrica estudiada, ya que además de las dos patologías presentes (la psiquiátrica y la dental) se puede dar lugar a otras que tienen consecuencias a nivel nutricional, en sus relaciones interpersonales y aún más, pueden agravar el cuadro psicótico del paciente, debido a dolor, irritación, infecciones y sinergia medicamentosa.

Debe procurarse por ello, el diseño de estrategias especiales de rehabilitación psicosocial en el paciente psiquiátrico que incluyan la prevención y tratamiento de enfermedades bucodentales, así como la promoción de investigaciones para determinar factores de riesgo derivados de su condición psiquiátrica. Es recomendable realizar estudios específicos para determinar cuáles son los psicotrópicos de elección para aquellos pacientes que hayan presentado alteraciones bucodentales importantes a fin de evitar mayores daños.

Como se sabe, y de acuerdo a nuestra investigación documental, se han preferido los estudios y estrategias de atención primaria básicamente dirigidas a población menor de doce años. Este procedimiento preventivo debiera conservarse e impulsarse sin que ello pretexto el abandono de otros grupos etáreos, pues cuando éstos lleguen a la vejez tendrán índices elevados de alteraciones bucodentales, como los que presentó la población estudiada.

En ese sentido es que la prevención para la salud bucodental del adulto joven debe también incluirse como prioridad dentro de las estrategias de salud, ya que dicho grupo etáreo corre eminentes riesgos de perder piezas dentales y con ello padecer de otras patologías asociadas o derivadas del mal funcionamiento del aparato estomatológico.

En cuanto a la placa dentobacteriana y al cálculo dental es aconsejable recomendar visitas regulares al consultorio dental, a fin de evitar que la placa avance y para erradicar los problemas de cálculo. Estos procedimientos de rutina deben incluir tanto los pacientes internados como a los que asisten a consulta externa.

Teniendo en cuenta el impacto negativo de la placa dentobacteriana por el uso excesivo de tabaco en este tipo de pacientes, se estima importante desalentar en los pacientes el consumo del mismo, mediante programas especiales para ellos, sobre todo cuando se sabe que este tipo de adicciones es común en las personas con enfermedad mental y poco tomada en cuenta en los programas de rehabilitación integral.

En lo que respecta a las maloclusiones, se recomienda que para censos o estudios posteriores en esta población, se incluyan variables tales como el tiempo de evolución de la patología, la ausencia y presencia de movimientos faciales repetitivos, el tipo de medicamento que se les suministra a los usuarios que presentan alteraciones oclusales y la detección de impregnación medicamentosa en los sujetos a examinar.

Además, que se incluya el uso de auxiliares de diagnóstico tales como: radiografías, cefalometrias, estudios gnatólogicos, fotografías de perfil y de frente e impresiones de yeso

articuladas en simuladores, que estén encaminados a identificar de manera exacta la prevalencia de estas alteraciones, con la finalidad de eliminar factores de riesgo.

Sin embargo debemos ser conscientes de que se requiere un trabajo arduo para mantener la salud oral de los enfermos mentales. Por lo tanto es indispensable promover programas de educación y promoción para la salud en el adulto, y establecer a través de los organismos oficiales correspondientes, programas de atención multidisciplinaria. La necesidad de obtener cifras nacionales con propósitos epidemiológicos, académicos y de servicio, obliga a los diferentes grupos responsables a determinar cifras de prevalencia e incidencia sobre grupos heterogéneos de población que incluyan a la psiquiátrica, ampliando la información a aspectos como la edad, la ocupación, el grupo étnico y la situación sociocultural. Ya que al efectuar esta investigación pudimos observar que existe una franca necesidad de establecer en forma consecutiva y permanente estudios de seguimiento en relación a la incidencia, prevalencia y mortalidad derivada de lesiones en cavidad oral.

Por último, consideramos que es necesario coleccionar mayor información socio - epidemiológica, para ampliar el diagnóstico de salud bucodental y determinar los factores que impiden el acceso temprano a los servicios médicos dentales así como las necesidades terapéuticas específicas para este tipo de pacientes, quienes eventualmente no sólo reciben rechazo social sino que padecen de obstáculos institucionales para su atención en el área de la salud.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1) Alfaro M. P. et. al. "Análisis de la Oclusión Dental en jóvenes con Parálisis Cerebral" en P.O., México 1995; 17(11): 17-23.
- 2) Altamirano A. S. "Diagnóstico Oportuno de Cáncer Bucal". P.O. México 1998; 18 (11): 1.
- 3) Andrade F. I. "Clase II, División 1 en la Dentadura Permanente". P.O.México, 1994; 15(1): 15-18.
- 4) Arroniz P. S. et. al. "Análisis de las superficies indicadoras de enfermedad periodontal en una población del área de influencia de la clínica odontológica Iztacala". P.O. México, 1996; 20(7), 20(8), 20(9): 13-16,23-26,22-24.
- 5) Artículo de revisión "Infección Herpética por Virus tipo I". P.O. México 1997; 18(9): 14-16.
- 6) Borgelli R. "Temas de Patología Bucal Clínica". 1ª ed. Mundi, Argentina 1979: 38-41,418-419, 57-58.
- 7) Burket . "Medicina Bucal." 3ª ed. Panamericana. México 1986: 62,39-43.
- 8) Cadafalch C. J. et. al. "Prontuario de Oclusión. Ideas básicas de Aplicación Practica". Española de Estomatología, México 1997; 9(4): 209-216.
- 9) Calderón N. G. "Testimonio de Trabajo en la Operación Castañeda". Psiquis. México 1995, 4 (3): 40-48.
- 10) Campos A. M. et. al. "Prevalencia de Cándida Bucal en Pacientes Geriátricos". A.D.M. México 1999; 56(6): 230-233.
- 11) Caraveo A. J. et. al. "Trastornos Psiquiátricos en niños de la República Mexicana. Resultados de una encuesta de hogares". Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1992, 3: 56-62.
- 12) Caraveo A. J. "La prevalencia de los Trastornos Psiquiátricos en la población Mexicana. Estado actual y perspectivas". Salud Mental. México 1996; 19: 8-13.
- 13) Caraveo A J: et. al. "Encuesta Nacional de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados". Salud Mental, 1995.
- 14) Cardoso M. C. et. al. "Efectos de la Sanguinarina en el control de placa e inflamación gingival en niñez con retardo mental de leve a moderado, afectadas periodontalmente". Especial Periodoncia. México, 1989: 48-69.
- 15) Carranza F. "Periodontología Clínica de Glickman" 8ª ed. Interamericana. México, 1995: 112-126.

- 16) Carrillo M. J. J. et. al. "Gingivitis Atípica, Etiología desconocida?." A D M. México, 1995; 52 (3): 158-161.
- 17) Carsolio P. Ma. R "Guía profesional de Medicamentos". 2ª ed. Manual Moderno. México, 1984: 216, 233, 248, 259, 267, 302, 308 y 314.
- 18) Castañeda G. C. "Reforma o Reestructuración Psiquiátrica". Psiquis, México, 1994; 3 (6): 129-135.
- 19) Castañeda G. C. et. al. "Problemas bioéticos en la atención al paciente psiquiátrico". Psiquis. México, 1996; 5(3): 60-69.
- 20) Castañeda G. J. et.al. "La calidad de la atención en un Hospital Psiquiátrico: Fray Bernardino Alvarez 1988". Trabajos de Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. México, 1990; 1: 21-38.
- 21) Castañeda G.J. et. al. " Calidad de la atención en un hospital Fray Bernardino Alvarez " en Psiquis. México 1996; 5(5): 21-38.
- 22) Castellanos L. José L. " Frecuencia de lesiones bucales en tabaquismo activo por cigarrillos". A.D.M. México, 1991; 48(5): 269-272.
- 23) CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. "Descripción Clínica y Pautas para el Diagnóstico" 10ª ed. Meditor. México, 1992:1-190.
- 24) Comunicado de la Secretaría de Salud. "Panorama de la Salud Bucal en México, Perspectiva y Compromiso de la Secretaría de Salud". P.O. México, 1988; 19 (5): 11-13
- 25) Comunicado de la Secretaría de Salud. "Panorama de la Salud Bucal en México: Perspectiva y Compromiso de la Secretaría de Salud. Componente Curativo Asistencial y del Adulto Mayor". P.O. México, 1988; 19(7): 22-23.
- 26) De la fuente R. "Semblanza de la salud Mental en México" en Salud Pública de México, 1992; 34: 85-104
- 27) Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. 31ª. Edición. 1985 PLM: 259
- 28) Diario Oficial. Norma Oficial Mexicana. "Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria , Médico Psiquiátrica". NOM-025-SSA2-1994.
- 29) Díaz G. L. "Lesiones Rojas y Mixtas (blancas / Rojas) de la Mucosa Bucal. Estudio Epidemiológico en 5868 pacientes". A.D.M. México, 1989; 46(3): 126-130.
- 30) Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría: Encuesta Nacional de Adicciones 1988.

- 1) Documento interno del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, año 2000, Informe anual de Actividades.
- 2) Endarra L. K. et.al. " Registros y Medidas de las Maloclusiones: Una Revisión de la Literatura". Orthod. Dentofac. Orthop. Hong Kong 1994; 3(1): 43-46.
- 2) Enfermedad periodontal en niños y adolescentes". P.O. México, 1997; 18(5): 33-36.
- 3) Fastlicht S. "La Odontología en el México Prehispánico". Primera ed. Interamericana. México, 1971: 79-105.
- 4) Fuentes G. M. "Detección Temprana de Cáncer Oral . Un compromiso Profesional". D.M. México 1992; 49(3): 143-147.
- 5) Gay P. I. et. al. "La placa dentobacteriana como factor etiológico de la enfermedad periodontal (Primera y segunda parte)". P. O., México, 1993; 154 (3,4): 39-44, 31-37.
- 6) Gaytán C. L. et al. " Prevalencia de Portadores de *Cándida* sp. en Orofaringe, en una población de Adultos Mexicanos". A.D.M. México, 1998; 55(4): 181-185
- 7) González L. B. et. al. "Prevalencia de patología bucal y de estructuras relacionadas en paciente geriátrico de la región I del estado de México". A D M. México, 1995; 52(3): 129-137.
- 8) García B. M. "Gingivitis y periodontitis. Revisión y conceptos actuales". A D M. México, 1990. 47(6): 343-347.
- 9) Gómez E. M. et. al "Detección de Alteraciones Emocionales en Pacientes, obstétricas y ginecológicas". Ginecología y Obstetricia de México, 58: 112-116, 1990.
- 10) Gómez R. L. et. al. "Efecto de un enjuague bucal previo al cepillado e hilo dental sobre los índices de placa gingival en pacientes de la clínica parodencia de la ENEP Iztacala "NAM". A D M. México, 1992; 44(2): 115-120.
- 11) Gutierrez A. J. H. et. al. "Morbilidad Psiquiátrica en el Primer Nivel de Atención de la Ciudad de México". B.S.P.. México, 1986;101(6): 648-658.
- 12) Hernández S. F. " Prevalencia de enfermedades bucales en los pacientes que asistieron al servicio de odontología del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". México, 1999. NAM, (tesis)
- 13) Houston W. JB. et. al, "Manual de ortodoncia". 1ª ed. Manual Moderno. México 1988. 100-105.
- 14) Irigoyen C. E. et. al. "Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la Ciudad de México". A D M. México, 1999; 56(2): 64-69.

- 45) Itzhak L. B. et. al. "Salud Mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción". Boletín de la OPS. 1989; 107(33): 196-219.
- 46) IMP y la DNSM: "Encuesta Nacional de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados y Situación de la Unidades de Tercer Nivel". Resultados Preliminares. IMP. 1992.
- 47) Jiménez G. G. A. et. al. "Prevalencia, severidad y extensión de la periodontitis en sujetos adultos que acudieron a la clínica de admisión de la División de Estudios de Posgrado e Investigación, UNAM". P.O. México, 1995; 16(1): 29-35.
- 48) "La Odontología en el siglo XIX en México". A D M. México 1992; 49 (2): 28-30.
- 49) Lara A. et. al. "Patrones de utilización de los servicios de salud mental". Salud Mental, México 1996; 19: 14-18.
- 50) Lermitt R. P. "Mordida abierta. Diagnóstico y tratamiento". ADM., México, 1996; 53(2): 53-60.
- 51) "Lesiones Ulcerativas de la Mucosa Bucal". P.O. México 1996; 17(7): 18-23.
- 52) "Lesiones Ulcerativas de la Mucosa Bucal". P.O. México 1996; 17(8): 12-15.
- 53) Leyva H. et. al. "Prevalencia de Lengua Fisurada, Lengua Geográfica, Glositis Rromboidea Media y Atrofia Central de Papilas". P.O. México, 1992; 13(4): 51-59.
- 54) Lindhe. "Periodontología Clínica". 2ª ed. Médica Panamericana. México, 1992: 412.
- 55) López A. C. "Manual de Patología Oral". Vol. 16 universitario, Guatemala 1975: 67-80.
- 56) López C. V. et. al. "Trabajo odontológico en la Ciudad de México - Crisis y cambio". UAM Xochimilco. México, 1992: 7-151.
- 57) López C. M. et. al. "Escuela de Salud Pública de México, Los estudios epidemiológicos" en FES- Zaragoza México, 1996: 127- 139.
- 58) López R. et. al. " Hipofunción Salival y Caries Dental ". P.O. México, 1998; 19(2): 12-15.
- 59) Lucio G. E. et. al. "Estudio epidemiológico del control de las placas dento y linguo bacterianas en una población estudiantil del área médica". P. O. México, 1992;13(1): 11-13.
- 60) Mac M. B. "Principios y Métodos de la Epidemiología" 2ª ed. La Prensa. México 1988: 1-10.
- 61) Martínez - Palomo A. "La comisión Internacional de Investigación en la Salud" en Salud Pública de México. 1991; 33: 399-409.

- 1) Mayoral G. "Ortodoncia principios fundamentales y práctica." 2ª ed. Labor. Barcelona España, 1983: 113-121.
- 2) Medina. et. al. "Prevalencia de Trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general". Acta de Psiquiatría y Psicología en América Latina. México, 1985;31: 53-61.
- 3) Medina M. R. et. al. "Influencia de la ubicación del punto de producción de fuerza Oclusal sobre la Eficiencia y Patrones de Contribución de Músculos Elevadores de la Mandíbula". A D M. México, 1997; 54(5): 275-286.
- 4) Mendoza R. P. et. al: "La investigación epidemiológica en estomatología". P.O. México, 1993; 14 (1): 23-26.
- 5) Meráz A. H. "Alteraciones bucales encontradas en pacientes epilépticos que consumen fármacos del grupo fenitoína (Difenil - Hidantoína) (Dilantin, Epamin). Estudio Transversal descriptivo en apoyo estadístico ". A.D.M. México, 1998; 55 (1): 29-33.
- 6) Michel I. "La Epidemiología y su aplicación a los Servicios de Salud". Directivo Médico. México, 1997. Mayo- Junio: 21-25.
- 7) Monsivais C. "Las variedades del México Freudiano". Antipsiquiatría y Política, ed. contemporáneos, México, 1978: 150.
- 8) Muelas F. L. et. al. " La interposición Lingual como Factor etiológico de la Maloclusión ". A D M. México, 1998; 55(4): 29-35.
- 9) Muñoz J. J. " Afección Sistémica y Periodontal relacionados con el Tabaquismo". A.D.M. México, 1999; 56(3): 108-112.
- 10) Nava R. J. et. al. "Conocimiento, Actitud y práctica de la odontología preventiva". P.O. México, 1999; 20(4): 13-18.
- 11) " Oclusión y Masticación". P. O. México 1994; 18(2): 40-42.
- 12) Ojeda L. et. al. " Intersección de Maloclusiones en Niños. Mordida Cruzada Anterior" P.O. México 1987; 8 (12): 14-20.
- 13) Olavaria C. et. al. "Tratamiento odontológico en paciente psiquiátrico hospitalizado y de práctica general" México, 1984. UNAM (tesis)
- 14) Omaña V. E. et al. "Tratamiento ortodóncico - ortopédico de una caso de maloclusión clase II, división 1, en dentición mixta sin extracciones". A D M. México, 1989; 46 (6): 330-34.
- 15) OMS. "Manual CBS. Encuestas de Salud Bucal". 3ª ed. UAM, 1994: 1-60.

- 77) Organización Panamericana de la Salud. "Las condiciones de Salud en las Américas". Washington D.C: OPS 1994 2v (Publicación Científica 549)
- 78) Organización Panamericana de la Salud. " Las condiciones de salud en las Américas". Washington D.C. OPS 1998 2v. (OPS, Publicación Científica; 569): 202-210, 403-418.
- 79) Ortega A. J. "Tabaco y Cáncer Oral: Una Mala Relación". P.O. México, 1992; 13(8): 1.
- 80) Ovadia A. V. et al. " Corrección de una Mordida Cruzada Anterior Dental por medio de un Plano Inclinado y Alargamiento de las Coronas con Resina". A.D.M. México, 1990; 47(5): 281-283.
- 81) Pereira J. D. et al, " Tratamiento de una Anomalia de Clase I de Angle con Mordida Abierta". A.D.M. México, 1997; 40(5): 37-43.
- 82) Perera L. R. et al. "Fibroma". P.O. México 1998; 19(9): 20.
- 83) Pérez Q. S. et al. "Valoración de los efectos del Triclosan en la formación de placa dentobacteriana y gingivitis". A. O. C. México, 1996; 5 (13): 11-14.
- 84) Pozos R. E, et al. "La medición epidemiológica de las enfermedades bucodentales". P.O. México, 1992; 13 (11): 49-52.
- 85) Pucheu R. C. "Panorama actual de la Psiquiatría y la salud mental en México en Vida y Muerte de un Mexicano". Ed. Folios 1982: 143-187.
- 86) Ramos L. et al. "Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas". Salud Mental México 1996; 19: 19-32.
- 87) Ristich G. M. "La locura a través de los siglos." Bruguera, España, 1970: 328.
- 88) Rosas L. M. "Encuesta retrospectiva sobre uso de tabaco en pacientes psiquiátricos". Psiquis. México, 1996; 5 (6): 145-148.
- 89) Saenz M. L. et al. "Distribución de la Oclusión en Adolescentes de la Ciudad de México". A D M, México 1994; 51(1): 45-48.
- 90) Sánchez H. " La lucha en México contra las Enfermedades Mentales". Ed. F.C.E., México 1974: 21.
- 91) Sánchez P. L. et al. "Distribución de la Oclusión en una Población escolar entre 7 y 14 años ". A D M. México, 1990; 47(1): 52-55.
- 92) Sanchez P. L. et. al. "Análisis de las tendencias en la prevalencia de caries dental en dos delegaciones de la ciudad de México". A D M. México, 1993; 50(2): 93-96.

- 3) San Filippo B. "Antes de hace veinticinco años o en donde se enseñaba la odontología en México". ADM. México, 1998; 55 (3): 150-156.
- 4) Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y control de enfermedades. Dirección General de estadística e Informática. Anuario estadístico de la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud de los Estados, 1997.
- 5) Segura de la F. A. et. al. "Mordida abierta". P.O. México 1990; 11(5): 37-43.
- 6) Shafer. G. W. "Tratado de Patología Bucal". 3ª ed. Interamericana. México, 1977: 227-229, 450-454, 511.
- 7) Shluger. "Enfermedad Periodontal". 2ª ed. México, CECSA. 1982: 216-221.
- 8) Simón B. "Las sustancias de los sueños: neuropsicofarmacología." 1ª ed. Fondo de Cultura Económica. 1995: 147, 156, 175.
- 9) Sistema Nacional de Salud. Boletín de información estadística. Daños a la Salud. México, 1997; 2(17).
- 10) Sistema Nacional de Salud. Boletín de información y estadística. Daños a la Salud. México, 1996; 2 (16).
- 11) Soberon G. K. et. al. "La Salud en México: Testimonios 1988" Especialidades Médicas en México". Tomo IV, Vol 1 y 2 ED. SSA-FCE. México, 1989.
- 12) Somolinos. D'A. G. " Historia de la Psiquiatría en México". 1ª ed. S.E.P. Setentas México 1976: 67.
- 13) Souza M. M. et. al. "Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia a Psicotrópicos." 1ª ed. Centros de Integración Juvenil. 1997: 67, 157, 121.
- 14) Stanley L. R. "Tratado de Patología". 3ª ed. Interamericana tomo I :341; Tomo II: 974-977.
- 15) Szazz S. T. "La Fabricación de la locura". 2ª ed. Cairos, Barcelona 1981: 281.
- 16) Talamante C. E. et. al. "Enfermedad periodontal y diabetes Mellitus" en A D M. México, 1992; 49(1): 35-39.
- 17) Tetsuji T. H. et. al. "Fibroma Gigante". A.D.M. México 1996; 53(5): 241-244.
- 18) Thoma. "Patología Bucal". 2ª ed. Salvat. Barcelona 1973: 551-552.

- 109) Ugalde M. F. et. al. "Prevalencia de retenciones de caninos en pacientes tratados en la clínica de ortodoncia de UNITEC". A D M. México, 1999; 56(2): 49-58.
- 110) Una reseña Histórica de la Psiquiatría en México. "Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez". Mayo 9, 1997. Biblioteca Médica: 1-60.
- 111) Uteha N. "Cariología". 1ª ed. Newbrum. México, 1979: 29- 35.
- 112) Velasco F. R. "La dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia". en Psiquiatría Organo Oficial de la Asociación Psiquiátrica Mexicana". Revista cuatrimestral Enero- Abril 1976 N°. 1ª, ed. FOURNIER.
- 113) Villanueva J. D. et al. " Patrones Cefalométricos y Tipos de Maloclusiones en un grupo de Población Adulta de San Luis Potosí México" en A. D. M. México 1996; 53(6): 282-284.
- 114) William R. P. "Ortodoncia teoría y práctica". 2ª ed. Mosby-Boyma. Madrid - España, 1994: 3-5, 124-129.
- 115) Zerón A. et. al. "Principios de la terapia periodontal". A.D.M. México, 1986; 57 (6): 315-320.

ANEXO (1)

MORBILIDAD ODONTOLÓGICA EN INSTITUCIONES DEL SECTOR PÚBLICO.¹

PATOLOGÍA	*POBLACIÓN ABIERTA		**POBLACIÓN DERECHOHABIENTE		TOTAL 1996	TOTAL 1997
ENFERMEDADES DE CAVIDAD BUCAL, GLÁNDULAS SALIVALES Y MAXILARES	1724	2166	4546	4601	6270	6767
DIENTES Y ESTRUCTURAS DE SOSTÉN	862	1019	2495	2455	3357	3474
ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES	345	418	948	896	1293	1314
OTRAS	517	729	1103	1250	1620	1979
Año / Totales	1996	1997	1996	1997	12540	13534

*S.S.A , D.D. F, IMSS.

**IMSS, ISSSTE ,PEMEX, SDN,

¹ Sistema Nacional de Salud, " Boletín de Información y Estadística" en Daños a la Salud, México 1997; 2 (17)
Sistema Nacional de Salud, " Boletín de Información y Estadística" en Daños a la Salud, México 1996, 2 (16)

ANEXO (2)

MORTALIDAD ODONTOLÓGICA EN INSTITUCIONES DEL SECTOR PÚBLICO.¹

ATOLOGÍA	POBLACIÓN* ABIERTA		POBLACIÓN** DERECHOHABIENTE		TOTAL	TOTAL
	1996	1997	1996	1997	1996	1997
Enfermedades de la cavidad bucal, glándulas salivales de los maxilares.	9	6	18	9	27	15
Enfermedades de los dientes y sus estructuras de soporte.	2	2	5	3	7	5
Enfermedades de los maxilares.	1	1	1	1	2	2
Otras.	6	3	12	5	18	8
TOTAL	18	12	36	18	54	30

S.S.A, D.D.F., IMSS SOL.
IMSS, ISSTE, PEMEX, SDN, SM.

¹ Sistema Nacional de Salud, " Boletín de Información y Estadística" en Daños a la Salud, México 1997; 2 (17).
² Sistema Nacional de Salud, " Boletín de Información y Estadística" en Daños a la Salud, México 1996; 2 (16).

CENSO EPIDEMIOLÓGICO DE ENFERMEDADES BUCODENTALES EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS (1999)

CÉDULA DE REGISTRO EPIDEMIOLÓGICO

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: (M) (F)
TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO: _____ PISO: _____ ALA: (A) (B)

CPD	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
REG																
T.X.																

CPD	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
REG																
T.X.																

CÓDIGOS CPD

- 0 Espacio vacío
- 1 Diente permanente cariado
- 2 Diente permanente obturado
- 3 Diente permanente extraído por caries
- 4 Diente permanente extracción indicada
- 5 Diente permanente sano

CÓDIGOS NECESIDAD DE TRATAMIENTO

- 0 Ningún tratamiento
- 1 Detención de la caries o TX. Sellante
- 2 Obturación de una superficie
- 3 Obturación de dos o más superficies
- 4 Extracción.

IHOS	16	11	26	36	31	46	total
PLACA							
CÁLCULO							

CÓDIGOS PARA PDB Y CÁLCULO

- 0 Ausencia de PDB y Cálculo
- 1 PDB o Cálculo menos de 1/3 de superficie dentaria
- 2 PDB o Cálculo más de 1/3 pero menos de 2/3 de superficie dentaria
- 3 PDB o Cálculo de más de 2/3 de superficie dental

CLASIFICACION DE MALOCLUSIONES

CRITERIOS

CODIGO 0 Normal

CODIGO 1 Anomalías ligeras, uno o más dientes rotados o inclinados, ligero apiñamiento o diastemas no muy amplios.

CODIGO 2 Anomalías más serias, con presencia de una o más de las siguientes alteraciones.

Overbite, inferior mordida cruzada anterior igual o más grande que la longitud dentaria total.

Overjet, superior de 9 mm a más.

Mordida abierta, divergencia a nivel de línea media que sea de más de 4 mm.

Apiñamiento o diastema de más de 4mm.

LESION DE TEJIDOS BLANDOS

LESIÓN	POSITIVO	NEGATIVO
SIN LESION		
HERPES		
ULCERAS		
FIBROMAS		
CANDIDA		
LEUCOPLASIAS		
QUERATOSIS		
MORDISQUEO DE CARRILLO		
SARCOMA DE KAPOSI		
ABSCESO		
OTRAS		

ANEXO (4)

CALENDARIO DE ACTIVIDADES PARA EL LEVANTAMIENTO DEL CENSO.

FECHA	PISO Y SECCIÓN O SERVICIO	No. de Pac.
8-11-99	Séptimo mujeres	31
9-11-99	Séptimo hombres y Servicio de Psicogeriatría	36+9
10-11-99	Tercero mujeres	26
11-11-99	Segundo hombres y UMQAIP	29+18
12-11-99	Segundo mujeres y Cuarto hombres.	34+33
TOTAL	SEIS SECCIONES Y DOS SERVICIOS	207 PTES.