



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTADO DE SALUD BUCAL EN PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS
(Estudio de caso en el Hospital Psiquiátrico
Fray Bernardino Álvarez)

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A N :

ELIZABETH DÍAZ RICO
GABRIELA MARTÍNEZ RAMÍREZ

291891

Autorizado
Nancy Jacques

DIRECTORA: C. D. NANCY JACQUES MÉDINA
ASESORA: C. D. LILA A. DOMÍNGUEZ SANDOVAL.
C.D. MA. ELENA NIETO CRUZ





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.

*"... ellos no comprenden que estamos sufriendo
y que lo único que pedimos es ayuda más no desprecio.
Nosotros también lloramos, reímos, jugamos y soñamos.*

*No es justo que por convulsionar se nos tranquilice (golpee).
No es justo que por estar paralíticos se nos incapacite.
Nuestras lágrimas no son sólo de tristeza,
sino también de rencor y dolor al sentir como se nos reprime
y olvida en estos Centros Psiquiátricos.*

*Nosotros simplemente queremos que se den cuenta
que no basta con un simple medicamento
para poder escapar de este mundo,
que no con ponernos una camisa de fuerza
se nos va a olvidar el dolor.*

*Necesitamos cariño y amor
alguien que se preocupe por nosotros
alguien que nos dé fuerza para soportar nuestro mundo.
Nuestro mundo de soledad y dolor
en el que se vive condenado eternamente..."*

Juan Carlos Martínez Ramírez.

DEDICATORIA

A DIOS.

Por concederme la gracia de vivir día tras día con fe , amor y esperanza.

A MI PAPÁ Y A MI MAMÁ .

Por concebirme, formarme como persona, apoyarme para crecer académicamente y estar siempre presente : Los Amo.

A MIS HERMANOS.

Manuel, Argelia y Susana por ser mi ejemplo a seguir, estar presentes y ayudarme en las tareas...

A Marilú y a Juan Carlos. Gracias por formar parte de mi familia.

A MIS SOBRINOS.

Juan Manuel, Andrea Susana y Marco Antonio. Deseando que este trabajo les de ánimo, para que en un futuro sean ustedes quien me dediquen una Tesis o Tesina de Licenciatura de la Universidad Nacional Autónoma de México.

A MIS AMIGAS: CCH-SUR.

Sonia, Guille y Livia, porque hemos aprendido que los grandes pasos, son los que han forjado como hierro nuestra amistad.

En especial a **Gaby Mtz. R.** Por compartir esta meta.

A TODOS MIS AMIGOS(AS) DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

AGRADECIMIENTOS

A MI CASA DE ESTUDIOS.

La **Universidad Nacional Autónoma de México** , por haberme brindado un lugar en el CCH-Sur. Y ahora egresar de la Facultad de Odontología, aunque amenazo que aún egresada **NO DEJARÉ LA CAMISETA.**

AL **Dr. LUIS ALBERTO GAITAN CEPEDA.**

Por permitirme estar cerca de una gran persona , excelente académico y maestro a seguir.

A LA C. D. LILA A. DOMÍNGUEZ SANDOVAL

Por dedicarnos mucho de su valioso tiempo, orientar, instruir y animarnos cuando lo necesitabamos . Gracias , muchas gracias.

ESPECIALMENTE. A LA C. D. NANCY JACQUES MÉDINA.

Por el tiempo dedicado a la revisión de esta tesina y sus aportaciones para mejorar y enriquecer su contenido.

AL DR. JESÚS DÍAZ DE LEÓN por su apoyo académico y tiempo brindado.

Dedico este trabajo con todo mi cariño...

A Jesús por guiar mi vida y ser mi amigo en todo momento.

A mis padres Luis y Celia por su amor, cariño y apoyo incondicional a lo largo de mi vida.

A mis hermanos: Luis, Ana, Angélica y Juan Carlos por su tiempo y alegrías compartidas.

A mi tía Alicia por creer en mi.

A Ale, Eli y Tere por confiar en mi y compartir una de las cosas más bellas de la vida: La amistad.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por que a través de la Facultad de Odontología me permitió formarme profesionalmente.

A la Dra. Lila A. Domínguez S. por su tiempo, alegría y optimismo en todo momento.

A la Dra. Nancy Jacques por su paciencia durante la realización de esta Tesina.

A Eli por dedicar parte de su tiempo en la elaboración de este trabajo.

A mis Amigos por estar siempre conmigo.

Gaby

ÍNDICE

| | Pag. |
|--|------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1. ANTECEDENTES | 5 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 6 |
| 2.1 Enfermedades Psiquiátricas encontradas en la población de estudio | 6 |
| 2. I. 1 Etiopatogenia | 6 |
| 2. I. 2 Esquizofrenia | 22 |
| 2. I. 3 Depresión | 28 |
| 2. I. 4 Retraso mental | 32 |
| 2. I. 5 Delirium | 36 |
| 2. I. 6 Trastorno Bipolar | 38 |
| 2. I. 7 Demencia | 40 |
| 2. I. 8 Trastorno Psicótico | 41 |
| 2. I. 9 Trastorno Mental Orgánico provocado por cocaína | 44 |
| 2. I. 10 Epilepsia | 47 |
| 2. II Fármacos utilizados en pacientes psiquiátricos encontrados en la población de estudio | 52 |
| 2. II. 1 Antipsicóticos | 52 |
| 2. II. 2 Antiparkinsonianos | 55 |
| 2. II. 3 Antiepilépticos | 56 |
| 2. II. 4 Antidepresivos | 57 |
| 2. III Enfermedades Bucodentales encontradas en pacientes psiquiátricos de la población de estudio | 60 |
| 2. III. 1 Gingivitis | 60 |

| | |
|--|-----|
| 2. III. 2 Periodontitis | 63 |
| 2. III. 3 Candidiasis Bucal | 66 |
| 2. III. 4 Cálculo Dental Supragingival | 70 |
| 2. III. 5 Caries | 71 |
| 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 83 |
| 4. JUSTIFICACIÓN..... | 84 |
| 5. HIPÓTESIS | 85 |
| 6. OBJETIVOS | 85 |
| 6. I Objetivo General | 85 |
| 6. II Objetivo Específico | 85 |
| 7. METODOLOGÍA | 86 |
| 7. I Material y método | 86 |
| 7. II Tipo de estudio | 86 |
| 7. III Población de estudio | 86 |
| 7. IV Muestra | 86 |
| 7. V Variables de estudio | 86 |
| 7. VI Criterios | 87 |
| 7. VI. 1 Criterios de inclusión | 87 |
| 7. VI. 2 Criterios de exclusión | 87 |
| 7. VII Recursos | 87 |
| 7. VII.1 Recursos Humanos | 87 |
| 7. VII. 2 Recursos Físicos | 87 |
| 7. VII. 3 Recursos Financieros | 88 |
| 8. RESULTADOS | 89 |
| 9. CONCLUSIONES | 124 |
| 10. GLOSARIO | 126 |
| 11. BIBLIOGRAFÍA | 133 |
| 12. ANEXO 1 | 135 |

INTRODUCCIÓN

Los esquemas de atención médica para el tratamiento de personas que padecen enfermedad mental, experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia, de la mejor comprensión de los múltiples factores que intervienen en el origen y evolución de la enfermedad mental, así como de los recursos terapéuticos, físicos, humanos y financieros para su atención

Una característica fundamental de este cambio, es la tendencia hacia la reinserción social de la persona enferma al medio al que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la implementación de programas extrahospitalarios y comunitarios tales como hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de salud, entre otros, con especial énfasis en la prevención, desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales. Para fortalecer esta tendencia es indispensable continuar el proceso modernizador de la organización y funcionamiento de los servicios de salud, que permita superar los rezagos aún prevalecientes.

Afortunadamente, cada vez es mayor la atención dedicada a la salud mental, pero aún así todavía queda mucho por hacer. Ningún país, ninguna persona es inmune a los trastornos mentales, y su repercusión en los planos psicológicos, social y económico es enorme.

En todo el mundo, unos 400 millones de personas sufren de trastornos mentales o neurológicos o problemas psicosociales como los relacionados con el abuso del alcohol y drogas. De cada cuatro personas que buscan ayuda en los servicios de salud, una al menos padece alguno de esos trastornos, que a menudo no se diagnostican correctamente y, en consecuencia, no se tratan. 1

Disponemos de remedios para tratar muchos trastornos y lograr que las personas con problemas mentales se desenvuelvan en la comunidad. Sin embargo, las sociedades siguen levantando barreras tanto a la asistencia que requieren esas personas como a su reintegración .

La OMS resalta los aspectos más relevantes de la atención y la exclusión a partir de un número limitado de trastornos: problemas depresivos, esquizofrenia, Alzheimer, alcoholismo, epilepsia y retraso mental. 1

Es importante hacer notar que cada trastorno muestra un cuadro clínico y especificaciones diferentes por lo que es muy difícil realizar el diagnóstico de las enfermedades mentales sin un estudio de antemano, incluso hasta el psiquiatra más preparado puede tener errores de diagnóstico, por lo que se aconseja realizar primero un diagnóstico diferencial y luego un definitivo.

Sin embargo, los servicios de salud bucal en paciente psiquiátricos son muy escasos o nulos, en un estudio realizado en un hospital de España se encontró que su índice CPO era: 7.9 cariados, 17.0 perdidos y 0.0 obturados.

Nuestro trabajo dará pauta para la elaboración de un programa de salud en pacientes psiquiátricos hospitalizados, deberá considerar que, tanto por el monto de la inversión requerida, como por el número de recursos humanos necesarios y su capacitación, su cumplimiento deberá atender a la determinación de los plazos pertinentes para el desarrollo de los servicios, tomando en cuenta la condición específica de dicho hospital. Sin embargo existe la urgente necesidad de que a la mayor brevedad posible se implemente el programa de salud bucal en este tipo de pacientes.

Este trabajo de tesina realizado en pacientes hospitalizados se creó con la ambición de conocer la problemática odontológica de los pacientes psiquiátricos a fin que, todos en conjunto, podamos dar cima a nuestro cometido en el sentido de que ellos también puedan tener la posibilidad de poder disfrutar de una correcta salud buco dental, comer y sonreír con una boca sana.

1. ANTECEDENTES

Durante siglos la sociedad ha hecho pagar a los enfermos mentales un precio elevado por su aflicción. Su comportamiento extraño ha provocado durante mucho tiempo la cruel hostilidad de la ignorancia.

Antiguamente, los locos se consideraban poseídos por demonios, y eran tratados con ceremonias religiosas, y se les echaba realmente de casa para que fuesen a vivir como pudieran, aunque los monasterios dieron cobijo a algunos, otros quedaron con su familia siendo reclusos y olvidados. Anteriormente con la caída del Imperio Romano y el colapso de las instituciones sociales, los enfermos mentales pasaban muchas veces realmente sin cuidados.

En el siglo XV, el abandono se convirtió en una persecución activa: se torturaba y se quemaba vivos a los enfermos mentales. Los locos se veían a menudo forzados a esconderse en los bosques. En aquella época el exorcismo y la curación por la fe eran muchas veces efectivos.

Aunque con el Renacimiento los hombres empezaron a pensar que la locura tenía causas físicas, todavía se la consideraba como un justo castigo (probablemente por la vida pecaminosa). Los enfermos mentales se encarcelaban, y encadenaban al suelo.

Al llegar el siglo XIX, algunos médicos, aunque desconcertados por la enfermedad que procuraban curar, por lo menos se esforzaban en mejorar las condiciones de vida, así pues la enfermedad mental es, por encima de todo, una enfermedad y, en la mayoría de los casos se puede superar con la ayuda adecuada.

Los trastornos mentales son frecuentes y alteran más la capacidad de las personas que varias enfermedades crónicas y severas muy difundidas. Aunque existan tratamientos simples y eficaces, no se usan suficientemente.²

2. MARCO TEORICO

2.1 ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS ENCONTRADAS EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

2.1.1 Etiopatogenia

Los trastornos psicopatológicos tienen múltiples causas que actúan en distintos niveles y en distintas etapas de la vida. Puede ser conveniente prestar mayor atención a aquellos factores y mecanismos intermedios mejor conocidos o más manejables, pero los trastornos y enfermedades mentales participan, en su etiología y su patogenia.

Estos factores son de naturaleza biológica, psicológica y social.

Factores Biológicos

Es insuficiente nuestro conocimiento de la relación entre conducta, carácter, disfunciones o trastornos mentales y genética. Sin embargo, la proposición general es que los genes que determinan diferencias individuales en el desarrollo, la estructura, la función y la organización del cerebro, desempeñan un papel en la patología.

Desde su nacimiento, los seres humanos difieren en su capacidad para percibir , reaccionar y aprender, en su vigor y emocionalidad. Algunas de estas diferencias se hacen aparentes en las primeras semanas , otras se manifiestan en el curso de la vida. Podemos decir que la dotación genética inscrita en la organización molecular del cerebro fija los límites y la dirección general de desarrollo pulsional, temperamental, emocional e intelectual de los individuos, y también los límites de su capacidad de adaptación. 3

A pesar de las dificultades para separar lo que es genético de lo que es aprendido, lo que actúa predominantemente por mecanismos biológicos y lo que actúa por mecanismos psicológicos y sociales, es necesario tratar de discernir en cada caso hasta qué punto son características biológicas innatas de un individuo las que definen su potencial psicológico y psicopatológico y en que forma y grado experiencias psicológicas subsecuentes han modificado ese potencial.

Son hechos establecidos que los factores genéticos son etiológicamente cruciales en ciertas formas de deficiencia mental en trastornos del aprendizaje, la atención y la conducta, en algunos síndromes cerebrales orgánicos tempranos y tardíos, en la enfermedad de Alzheimer, en ciertas formas de epilepsia, en la esquizofrenia, en la enfermedad maníaco depresiva, en algunas formas de depresión, en la angustia patológica, en la enfermedad obsesivo compulsiva, en algunas desviaciones de la conducta sexual y en algunas adicciones, como el alcoholismo.

En otros trastornos de la personalidad, no hay una configuración tan clara del papel crucial de factores genéticos; pero esta limitación en nuestro conocimiento no autoriza a ignorar su participación, sugerida por la observación clínica y estudios epidemiológicos.

En la medicina son abundantes los ejemplos de padecimientos de base genética, como la diabetes mellitus, que son tratados con éxito.

Por otra parte, es también un hecho establecido que los genes no originan directamente formas de conducta o trastornos mentales. Las potencialidades innatas contenidas en ellos son modeladas desde el principio por el aprendizaje. Es válido decir que la estructura circunscribe y limita el aprendizaje y que el aprendizaje influye y modifica la estructura. 3

Los efectos de algunos factores patogénicos que actúan durante la vida intrauterina y durante el parto son conocidos: defectos en el desarrollo del cerebro durante la gestación, hipoxia, traumatismo durante el parto, cambios degenerativos o procesos infecciosos que durante la vida intrauterina o en los primeros meses de la vida dañan al cerebro en forma difusa o interfieren con su metabolismo general, produciendo alteraciones orgánicas que tempranamente se hacen notar por cambios deficitarios de las funciones de atención, orientación, aprendizaje, memoria, pensamiento abstracto, cálculo, habilidades motoras, control de impulsos y reactividad emocional.

En épocas subsecuentes de la vida, diversos agentes fisicoquímicos y biológicos pueden afectar directa o indirectamente al cerebro y causar trastornos orgánicos cerebrales.

Los métodos neuropsicológicos, la tomografía computarizada y otros métodos que permiten obtener imágenes de la estructura y función del cerebro, como la resonancia magnética han puesto de manifiesto que en enfermos de esquizofrenia, cuyo inicio generalmente es insidioso y la evolución muestra síntomas de déficit, como la apatía, el desinterés y la desorganización del pensamiento, hay alteraciones estructurales relacionadas con defectos del desarrollo cerebral del embrión en las áreas prefrontales y límbicas.

Factores Sociales

La salud y la enfermedad son comprensibles en términos de una relación dinámica entre el individuo y el ambiente físico y social en que se halla inmerso. Factores tales como el clima, la geografía, la condición urbana o rural, la alimentación, la vivienda, el ámbito de trabajo, la clase social, el régimen político, etc., son capaces de promover bienestar o mala salud. 3

La sociedad no causa directamente enfermedades mentales específicas, pero toda enfermedad y trastorno psicopatológico tiene componentes y consecuencias sociales. En algunos trastornos y enfermedades, el componente social tiene mayor peso y significación. Un problema de salud es de incumbencia pública cuando afecta a la comunidad en forma extensa o su solución requiere la puesta en juego de acciones colectivas.

Desde su nacimiento, la sociedad contribuye a formar, a través de la familia, la escuela y otras instituciones sociales, la imagen que de sí misma tiene la persona. El niño nace en un medio de relaciones sociales y culturales donde aprende a inferir lo que los demás esperan de él y a responder a sus demandas. La transmisión de mitos, creencias y prejuicios familiares de padres a hijos, es un factor importante en su perpetuación.

La familia es el agente de la sociedad. Son sus metas y sus valores los que los padres infunden a los hijos, empezando por los patrones de crianza y las formas de disciplina que aplican en su educación. La forma de organización de la familia y las actitudes de los padres favorecen u obstaculizan el fortalecimiento de la autoestima y el sentimiento de seguridad del niño.

El estudio de las influencias que la sociedad y la cultura ejercen sobre la salud de los individuos es un objetivo central de la sociomedicina. No se duda del papel que ejercen influencias sociales desfavorables en la iniciación, evolución y desenlace de diversos trastornos psicopatológicos. Un medio pobre, insalubre, donde la marginación y el hacinamiento son la regla, donde la alimentación es marcadamente insuficiente y se carece de educación, limita al individuo en su desarrollo tanto físico como intelectual.³

Circunstancias sociales como el desempleo y la emigración ocasionan tensiones y frustraciones importantes que pueden activar en los individuos que las sufren predisposiciones psicopatológicas latentes. Por ejemplo, la psicosis maniaco depresiva y la esquizofrenia tienen raíces genéticas, pero es frecuente que los síntomas de la enfermedad se inicien o se reinicien cuando estas personas vulnerables se ven expuestas a situaciones que generan tensiones prolongadas y otras agudas que representan rupturas de la continuidad. El curso y la evolución de ambos padecimientos dependen de las circunstancias sociales y familiares.

En general, las circunstancias sociales que frustran reiteradamente las necesidades básicas de las personas y limitan sus oportunidades de desarrollo dejan huella profunda en su modo de sentir y de pensar. El rechazo social que experimentan grupos minoritarios o marginados suscitan en sus miembros sentimientos de futilidad, desaliento y apatía, o en forma abierta o sutil un anhelo desmedido de ser aceptados por los demás a cualquier precio.

Sin embargo, situaciones aparentemente favorables: abundancia, consentimiento excesivo, prestigio y satisfacción gratuitas pueden dañar también el desarrollo, restando oportunidades para compartir y estímulos para competir en la vida social.

En tiempos recientes estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto una disminución de la prevalencia de ciertos trastornos y un aumento en la de otros. La histeria ha disminuido notoriamente entre las personas educadas de países industrializados, en tanto que aumenta la prevalencia de los trastornos psicofisiológicos, la depresión, el suicidio y el abuso de fármacos.

El trato que se da a los enfermos mentales refleja crudamente actitudes arraigadas en la cultura. Históricamente, los temores, los prejuicios hacia la “locura” y hacia quienes la sufren, se demuestran en el descuido de los enfermos mentales crónicos.

El deterioro social de estos enfermos confinados se expresa por su pasividad, desinterés, retraimiento y explotaciones de violencia, que no son el estadio final del padecimiento, sino en buena parte consecuencias del abandono y del trato impersonal. 3

Factores psicológicos

En los trastornos psicopatológicos, lo psicológico se muestra en el cuadro clínico, ya sea en la forma de síntomas y conducta explícita o de mecanismos patogénicos o etiológicos.

Los factores psicológicos pueden examinarse desde distintos puntos de vista: el desarrollo, la biografía, la personalidad, la cognición, las relaciones interpersonales, etc. La pérdida de “objetos psicológicos”, es decir, personas, posiciones, relaciones, posesiones, etc., las experiencias psicológicamente traumáticas y sus consecuencias, los conflictos y tensiones psicosociales, se insertan con su propio peso en la cadena etiopatogénica, cuya expresión final son los procesos psicopatológicos.

En las primeras décadas del siglo, tuvieron primacía las explicaciones psicogenéticas propuestas por el psicoanálisis. Sigmund Freud, el creador e impulsor de este método original, delineó trazo a trazo una visión compleja de la participación de lo psicológico en la salud y en la patología mental, somatovisceral y conductual. Un postulado fundamental de Freud es que no todo lo mental es consciente, es decir, que los humanos solamente tenemos advertencia de algunos de nuestros procesos mentales e ignoramos los móviles reales de nuestras acciones. 3

Hoy en día se está de acuerdo con que hay procesos mentales que ocurren fuera de la conciencia pero hay diferencias en cuanto a su génesis, su contenido específico y el peso que se les atribuye en la conducta .

Tomando como punto de partida el estudio de los síntomas , los sueños y los errores de la vida cotidiana, Freud propuso que gran parte de la vida mental y la conducta están determinadas por poderosas fuerzas ocultas de naturaleza instintiva. Freud diseñó un método de exploración del inconsciente que a la vez fue un instrumento terapéutico.

A partir del reconocimiento de que los síntomas psicopatológicos no son comprensibles en términos de su relación con sucesos actuales o recientes de la vida de quienes los sufren, Freud propuso que tal relación existe, aunque permanece inconsciente. Para su esclarecimiento propuso un método diseñado por él , las asociaciones libres del pensamiento.

Una hipótesis central del psicoanálisis como método terapéutico es que si se supera la represión y se exterioriza en la conciencia el conflicto infantil subyacente, los síntomas habrán de desaparecer. Desafortunadamente, a pesar de los años transcurridos, no ha sido posible comprobar la relación causal específica entre síntomas y otras expresiones psicopatológicas, por una parte, y experiencias infantiles desafortunadas, por otra.

Hoy en día sabemos que las causas psicológicas y biológicas son los eslabones de una cadena etiopatogénica. Por ejemplo, un sujeto desarrolla la convicción de que vive rodeado de fuerzas malignas y atribuye un significado amenazante a una mirada o a un gesto de una persona que pasa casualmente a su lado.³

Esto le mueve a una acción agresiva contra esa persona, que tuvo la mala fortuna de encontrarse en el lugar. El examen clínico del agresor muestra que el motivo inmediato de su acto agresivo fue el significado erróneo que atribuyó a sus percepciones, las cuales le generaron convicción de estar amenazado por la víctima. En el mismo examen se comprueba que sufre otros síntomas del trastorno mental que llamamos esquizofrenia paranoide. Un psicoanalista podría expresar la hipótesis de que la causa de la agresión fue que inconscientemente el sujeto se sintió atraído sexualmente al extraño. Esto es verosímil, pero haría falta demostrar la hipótesis psicoanalítica de que las tendencias homosexuales latentes son subyacentes a las configuraciones paranoides. Lo importante es que aun si la explicación fuese correcta, solamente sería un eslabón en una cadena etiopatogénica y no una explicación causal suficiente. El hecho importante es que aun cuando se identifique una "constelación de rasgos psicodinámicos" en una persona, esto no provee una explicación causal del trastorno psicopatológico. Sin embargo, no se duda que las experiencias pasadas dejan huella y que pueden influir en el significado que una persona atribuye a un evento actual. Por ejemplo, la experiencia infantil de haber tenido un padre despótico e irracionalmente autoritario puede tener relación con la angustia excesiva que esa persona sufre ante el temor de ser tratado mal por su jefe en la oficina. Lo más perdurable de las aportaciones del psicoanálisis a la psicopatología no son sus explicaciones específicas no verificables sino las formulaciones generales que proveen un marco de orientación para comprender relaciones significativas entre aspectos aparentemente desconectados.³

A la luz de sus teorías, Freud examinó las fantasías, los deseos y los temores infantiles de sus pacientes, los cuales ejercen influencia en el curso de sus vidas. Identificó esos mismos temores en los sueños y fantasías de personas normales y en los delirios, obsesiones, compulsiones, fobias, inhibiciones, alucinaciones, etc., de los enfermos. Algunas personas tienen temores irracionales de ser dañados físicamente y aun de ser destruidos, o bien tienen deseos de perpetuar las ligas de dependencia con una madre excesivamente gratificante, o alientan impulsos agresivos hacia personas a quienes necesitan, etc.

A diferencia de otros agentes, como los microorganismos y los traumas, que afectan primariamente al cerebro y secundariamente al funcionamiento mental y la conducta, los agentes psicológicos y las situaciones adversas de la vida afectan en forma directa a las funciones mentales y a través de ella actúan sobre el funcionamiento de otros órganos o sistemas.

Para valorar el poder disruptivo de los eventos psicológicos adversos, es necesario conocer, más allá de sus aspectos externos verificables, el significado que tiene para las personas y el grado en que le suscitan angustia, cólera, impotencia, desesperanza, etc.

Una aportación importante de Freud al campo de la psicología y de la cultura es haber demostrado que los humanos no tenemos conciencia clara de nuestras contradicciones, vulnerabilidades ni tampoco de nuestras potencialidades.

Nuestro conocimiento acerca de cómo se encadenen entre sí los determinantes biológicos, psicológicos y sociales en la experiencia y en la conducta humana es insuficiente. Las formulaciones psicodinámicas ayudan a ordenar y sugieren un sentido a ciertos síntomas; por ejemplo, una obsesión, una fobia o un delirio. En algunos casos arrojan luz sobre un eslabón en la cadena etiopatogénica.³

Papel desencadenante de las situaciones de amenaza y de pérdida

La iniciación y el curso de diversos trastornos psicopatológicos son influidos poderosamente por situaciones de la vida que representan para la persona amenazas graves a su integridad o seguridad personal.

Algunos síntomas mentales y psicofisiológicos son la expresión del desequilibrio en sí mismo y de los intentos del organismo de restablecer el equilibrio. Hay experiencias que son catastróficas para cualquier persona, y otras lo son para quien es específicamente vulnerable; por ejemplo, la pérdida de una figura de apoyo, el poder, la belleza, etc.

La persona desencadena un síndrome o trastorno psicopatológico de preferencia a otros (depresión, fobia, estado obsesivo, disociativo, conversivo, paranoide, síntoma psicofisiológico, etc), dependiendo de inclinaciones específicas, relacionadas con disposiciones genéticas y aprendizajes tempranos.

Un postulado general es que el estrés, es decir, las tensiones excesivas sostenidas y emocionales de emergencia como la cólera y la angustia intensas, persistentes o recurrentes puede alterar el metabolismo regional del cerebro y su fisiología. Es plausible la hipótesis de que la persistencia de los cambios emocionales funcionales pueda causar cambios orgánicos si se suman a otras condiciones.

Los eventos de la vida que figuran como eslabones en la cadena etiopatogénica que conduce a los trastornos psicopatológicos actúan en forma esencialmente inespecífica. Este es el criterio que con mayor frecuencia se comprueba en la clínica, pero no siempre es así. Por ejemplo, los síntomas histéricos conversivos están más frecuentemente relacionados con conflictos eróticos-sentimentales. La pérdida de "objetos" tiende a suscitar, sobre todo, estados depresivos, si bien puede desencadenar también otros trastornos patológicos, tanto médicos como psiquiátricos.

Cada individuo tiene sus propias inclinaciones y vulnerabilidades.³

La personalidad en la psicopatología

El término carácter es frecuentemente usado como sinónimo de personalidad; en todo caso, hace alusión a su parte más coherente y estable. La personalidad se expresa por un estilo propio y patrones específicos de pensamiento, sentimiento y acción. Los rasgos de la personalidad no ocurren en forma aislada, sino que forman conglomerados o constelaciones que dan a la persona una forma propia de contender con los problemas y de relacionarse con los demás.

Lo que va de acuerdo con la personalidad se experimenta como natural, propio y espontáneo. Los rasgos de personalidad orientan la conducta, sin que la persona tenga clara advertencia de ello.

Las diferencias entre la personalidad normal y la personalidad patológica son tanto cuantitativas como cualitativas. En algunos casos, la personalidad es en sí misma el problema psicopatológico. Los rasgos son más acusados e inflexibles que en la persona normal, y las consecuencias para su propio bienestar y el de otras personas son más notables.

En algunos casos es evidente que la personalidad funciona como "una primera línea de defensa", que ante condiciones adversas puede colapsarse y no ser capaz de mantener la homeóstasis. Es entonces cuando los síntomas correspondientes hacen su aparición. Por ejemplo, la personalidad obsesiva está relacionada con las obsesiones y las fobias. También la propensión a ciertos trastornos psicofisiológicos, como la colitis espástica, tiene relación con la personalidad obsesiva.³

Diagnóstico en psicopatología

El diagnóstico es tanto un término que se refiere a un proceso de detección como al producto del mismo. En psicopatología, hacer el diagnóstico no consiste solamente en poner un nombre y clasificar, sino que es algo más complejo.³

El clínico conoce la semiología y puede identificar las señales de enfermedad, tanto las subjetivas o síntomas como las objetivas o signos. En áreas avanzadas de la medicina, es común atribuir a los signos mayor valor que a los síntomas, pero en psicopatología los signos son escasos y la conducta explícita es engañosa, por lo que el diagnóstico se basa principalmente en la identificación de síntomas, su agrupamiento en síndromes y el examen de su evolución .

La interpretación de los datos que se obtienen mediante el interrogatorio y la exploración permiten emitir un juicio acerca de la enfermedad o el trastorno del paciente. El diagnóstico generalmente implica también un pronóstico, es decir, la predicción del curso que desarrollará y su posible desenlace.

En el proceso de hacer el diagnóstico psicopatológico, el médico observa las acciones del paciente, su gestos, sus características conductuales y su discurso, y sin detenerse en ellos procede a obtener otros datos que no se revelan de manera directa y que son accesibles a través de la comunicación de quienes los experimenta y de la introspección. La tarea del clínico es entonces integrar todos los datos en un marco unitario. En el proceso es conveniente considerar dos etapas: una es la elucidación de síntomas y signos interrogando de manera que se ponga de manifiesto su presencia o ausencia.

Otra etapa es proceder a comparar sus hallazgos con patrones establecidos. Es evidente que interesa tanto captar la forma como comprender su contenido. Ambos pasos requieren conocimientos y habilidades que personas expertas obtienen mediante la práctica y la supervisión. Suponer que en la psicopatología y la psiquiatría el diagnóstico es un proceso arbitrario, refleja ignorancia, pues los pasos son los mismos que en otros campos de la medicina. Un tercer paso es comprender a la persona que presenta los signos y síntomas elucidados. Para ello es necesario formarse una idea de la personalidad de quien sufre los síntomas así como de las circunstancias que rodean a la persona que consulta. 3

En el diagnóstico, el marco teórico y la formación del método son esenciales, porque sólo percibimos lo que cabe en el modelo teórico que orienta nuestras observaciones y tendemos a dejar fuera aquello que no encaja en el marco.

Si el médico se ha formado una imagen viva e individualizada de su paciente, podrá comunicarla en un lenguaje ordinario, sin elaboraciones conceptuales innecesarias. Con fines de manejo científico y de comunicación comprensible, es importante que los métodos de la exploración sean estandarizados y que haya una clasificación y un glosario de términos que tenga una aceptación general, como el propuesto por la OMS. Lo anterior no sólo favorece el intercambio científico, sino que tiene ventajas para el tratamiento del enfermo.

En el heterogéneo campo de la psicopatología se sitúan síntomas aislados, combinaciones de síntomas y signos que se presentan juntos, es decir, síndromes, o bien trastornos en los cuales los síndromes pueden relacionarse con los cambios patológicos en principio susceptibles de medirse, como anormalidades bioquímicas o deficiencias metabólicas específicas. En estos casos, se trata de enfermedades. Es de suponer que, conforme aumenten nuestros conocimientos, algunos conjuntos de que hoy conocemos como síndromes serán identificados como enfermedades y es posible que otros conjuntos se subdividirán en entidades más directas. En otros campos de la medicina éste ha sido el camino.

Como es de suponerse, la nosología y la clasificación en el campo de la psicopatología son más precisas en el área de los trastornos orgánicos cerebrales y conforme nos alejamos de ella, la nosología se hace más subjetiva. 3

Lo orgánico y lo funcional en la psicopatología

En el campo de la psicopatología se distinguían trastornos orgánicos y funcionales. Un síndrome orgánico agudo típico sería la confusión mental, y un síndrome orgánico crónico, la demencia. El término “funcional” es antiguo y alude a la ausencia de lesiones orgánicas cerebrales gruesas, identificables con medios técnicos disponibles hasta la introducción en la clínica de los nuevos métodos de imágenes. También se solía distinguir entre neurosis y psicosis, con base en el hecho central de que la persona neurótica tiene advertencia de estar enferma y distingue entre su experiencia subjetiva y la realidad, en tanto que la persona psicótica en algún grado es incapaz de hacer estas distinciones. Los términos psicosis y neurosis consagrados por la tradición responden a necesidades prácticas, pero a veces causan confusión y se tiende a prescindir de ello.

La distinción entre lo orgánico y lo funcional refleja diferencias; pero en último término, lo “funcional” es también “orgánico”, puesto que el cerebro es el asiento de todas las funciones mentales, de los contenidos de la mente y de todas las formas de experiencia y de conducta.

Lo que se quiere expresar es que ciertas modificaciones en las funciones mentales y en la conducta normal no están relacionadas con alteraciones estructurales gruesas y en principio pueden ser reversibles. El concepto de “trastornos funcionales” ha dejado de emplearse, ya que los avances en las neurociencias y en el campo de las imágenes cerebrales han mostrado alteraciones orgánicas subyacentes en una proporción importante de estos enfermos “funcionales”. De hecho, ocurría que no se conocían sus bases genéticas ni la presencia de alteraciones bioquímicas, neuroendocrinas y bioeléctricas, si bien se sospechaba de ellas de tiempo atrás.³

Un hecho central en la clínica es que las personas que muestran solamente trastornos psicológicos o conductuales pueden inferir lesiones cerebrales. De ahí que todo paciente que es asistido por síntomas u otras manifestaciones en la esfera conductual o psicológica debe ser sujeto a un examen clínico completo que incluya el examen físico general y el examen neurológico. Sólo así se evita el error de diagnosticar como “funcional” un trastorno que tiene causa orgánicas.

Por ejemplo, la depresión, en sus formas clínicas monopolar y bipolar, es considerada uno de los trastornos mentales “funcionales” más frecuentes. Las melancolías agudas no ofrecen dificultades para su identificación, pero la depresión tiene múltiples rostros y hay “formas enmascaradas” que son frecuentemente confundidas porque algunos de los síntomas somáticos o mentales que constituye el cuadro clínico son más aparentes. El abatimiento primario del afecto es el núcleo central de la depresión, y entre sus componentes fisiológicos se encuentran los trastornos del sueño, particularmente su interrupción prematura, la pérdida del apetito y del peso, con acentuada alteración del humor, generalmente matutina.

En términos generales puede decirse que las personas con trastorno de la personalidad no sufren alteraciones cerebrales identificables. Su condición patológica consiste en relacionarse mal con los demás y responder a los problemas que encuentran en su vida, poniendo en juego uno o más “mecanismos mentales de defensa”.

Estos trastornos de la personalidad dependen de una dotación genética y de experiencias desafortunadas en los primeros años de la vida. No son enfermedades en el mismo sentido en que lo son otras condiciones morbosas; los rasgos anormales de la personalidad son patrones fijos de reacción que muestran a lo largo de la vida quien los sufre y generalmente afectan desfavorablemente sus relaciones con los demás. 3

El grupo de trastornos psicopatológicos “orgánicos” que se relacionan con destrucciones u otras alteraciones neuronales del cerebro incluye las demencias, los estados confusionales, tóxicos y por infecciones, los estados epilépticos, los trastornos de la palabra y el lenguaje, las alteraciones cerebrales degenerativas seniles y arterioscleróticas. A las anteriores se agregan otras condiciones patológicas causadas por alteraciones metabólicas. En el grupo “funcional” se han incluido los trastornos afectivos (depresión y angustia), las desviaciones de la conducta, los trastornos de la personalidad y las adicciones. También son “funcionales” las depresiones endógenas y las esquizofrenias.

La necesidad de distinguir los trastornos “orgánicos” de los “funcionales” se justifica porque el manejo de unos y otros casos es diferente.

La orgánicidad de un trastorno puede no ser fácil de identificar aún cuando se practique un examen físico y neurológico cuidadoso y se empleen otros medios auxiliares de diagnóstico. Por ejemplo, un electroencefalograma normal no excluye una enfermedad cerebral. En la demencia de Alzheimer, los cambios mentales y conductuales son notables y el electroencefalograma puede permanecer inalterado.

La punción lumbar es útil para evidenciar causas orgánicas cerebrales, pero el líquido cefalorraquídeo normal no excluye una enfermedad orgánica; de hecho, ni siquiera la excluye un examen postmortem del cerebro, ya que sujetos que sufrieron trastornos mentales severos causados por abuso de drogas, tales como la heroína o la cocaína, no muestran alteraciones neuropatológicas.

Distinguir entre “orgánico” y “funcional” es aún útil, pero puede no ser fácil.

Ambas son necesarias para establecer con certeza el diagnóstico y el pronóstico en el campo de la psicopatología.³

Existe, hoy, una amplia evidencia científica de que los trastornos mentales son una enfermedad médica. El estudio de los criterios diagnósticos nos permite, definir estas enfermedades.

2. I. 2 ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un síndrome con múltiples manifestaciones clínicas y probablemente con diversas etiologías; de ahí que sea preferible referirse a las esquizofrenias como un grupo heterogéneo de trastornos mentales, más que a la esquizofrenia como enfermedad única. 3

Epidemiología

La prevalencia de la esquizofrenia en el mundo es alta: aproximadamente de 1%. Debido a que se trata de una enfermedad crónica, la incidencia es notablemente menor a la prevalencia, aproximadamente 1 por 10 000 habitantes de población en riesgo (15 a 54 años de edad) al año. Se distribuye por igual entre hombres y mujeres, aunque tiende a aparecer más tempranamente en los varones. La edad de inicio es entre los 15 y los 25 años para los varones, y entre los 25 y 35 para las mujeres. Otras diferencias genéricas bien establecidas son: el curso de la enfermedad es más deteriorante en los hombres que en las mujeres, y en ellos las alteraciones cerebrales son mayores.

Se reporta que este trastorno es más prevalente en las clases de nivel socioeconómico bajo y con movilidad social descendente.

Antecedentes familiares

Los estudios genéticos indican que el riesgo de sufrir esquizofrenia aumenta en relación directa con el número de familiares afectados, la severidad de los cuadros y la edad a la que se inician.³

Cuadro clínico

Los síntomas característicos incluyen: alteraciones en las esferas cognoscitiva, sensoperceptiva y afectiva. Además, el sentimiento de individualidad y las relaciones con el mundo externo se trastornan; todo esto con un estado claro de la conciencia.

En la esfera cognitiva, el enfermo presenta alteraciones en el contenido y en la forma del pensamiento. En el contenido del pensamiento, las ideas delirantes son las esenciales. Con frecuencia estas ideas son múltiples, fragmentadas, absurdas, y no se pueden corregir por el razonamiento; suelen comenzar con una vaga advertencia de cambio en el pensamiento o en el sentimiento y la revelación de su significado. Súbitamente, el paciente tiene una certeza absoluta de esos hechos nuevos.

Los delirios persecutorios implican la convicción de que otros conspiran para espiarle o causarle daño. Puede acompañarse de un sentimiento de grandeza; los delirios de referencia también son comunes, es decir, el enfermo atribuye a algunos eventos cotidianos un significado personal.

Este tipo de delirio ocurre en casi todos los enfermos esquizofrénicos en alguna etapa de su enfermedad y a menudo se acompaña de otros como el sentimiento de difusión de su pensamiento de modo que otros pueden oírlo, la inserción de pensamientos ajenos y el "robo" de los mismos. Otros delirios: somáticos, religiosos, de grandiosidad, etc., pueden estar presentes.

Los trastornos del pensamiento son los que permiten diagnosticar la enfermedad. Los trastornos del pensamiento generan incapacidad para hacer generalizaciones.

La pobreza del pensamiento se muestra en su vaguedad. Es demasiado abstracto o concreto, repetitivo o estereotipado y puede estar sujeto a bloqueos, es decir, a interrupciones súbitas.³

El discurso incluye la perseveración de frases o ideas, la ecolalia o repetición de palabras, los neologismos, la verbigeración o repetición sin sentido de una misma palabra o frase, y el mutismo o inhibición funcional del lenguaje.

La conducta está alterada cuantitativa y cualitativamente. Un síntoma es la ecopraxia, imitación de los movimientos y los gestos del interlocutor, y la estereotipia. En conjunto la conducta del enfermo es inapropiada, excéntrica e imprevisible. Acompañando a los síntomas y signos anteriores puede haber excitación prolongada o disminución de la energía y un deterioro notorio en los modales y en el cuidado personal.

En el área de la percepción, las alucinaciones, percepciones sensoriales o experiencia sin estímulo externo son los trastornos más comunes. Predominan las alucinaciones auditivas, que se experimentan como voces familiares o extrañas que “vienen de fuera de la cabeza”. Generalmente son varias, y discuten acerca del paciente en tercera persona, a veces insultándolo, otras ordenándole, unas más comentando sobre su conducta. Puede ocurrir que el paciente oiga los sonidos de sus propios pensamientos.³ Las alucinaciones visuales son menos comunes, en contraste con lo que ocurre en los trastornos orgánicos, en los cuales las alucinaciones visuales ocurren y son más comunes en la noche. Las alucinaciones táctiles, olfatorias y gustativas son aun menos frecuentes. Las alucinaciones cinestésicas son percepciones bizarras de cambios en los órganos. También puede ocurrir hipersensibilidad a la luz, a los sonidos, los olores o al gusto. El paciente puede tener ilusiones, es decir, percepciones alteradas de estímulos actuales; los objetos pueden aparecer más grandes o más pequeños y cambiar de color o de forma. ³

La afectividad está cuantitativa y cualitativamente perturbada. Un signo favorable es que las reacciones emocionales estén preservadas. En cambio, el aplanamiento del afecto, o sea la reducción severa en la intensidad de la emoción expresada, tiene mal pronóstico. El paciente puede estar indiferente, su voz es monótona y el rostro inexpresivo. Estos signos se dan en la esquizofrenia crónica.

El enfermo puede experimentar emociones no usuales, como son el éxtasis religioso y sentimientos de desintegración corporal o de unidad con el universo.

También las alteraciones en el funcionamiento del ego son características. El ego es el instrumento de relación con la realidad. Ponerla a prueba es una función que está siempre alterada en la esquizofrenia: sentimientos de irrealidad, despersonalización y confusión de la imagen corporal. La adaptación del sujeto a la realidad está casi siempre severamente alterada como resultado de los delirios y alucinaciones, el miedo y la erupción de sentimientos agresivos.

El paciente controla mal sus impulsos. La emergencia de impulsos agresivos o sexuales le sobrecogen a menudo.

Las defensas psicológicas que el sujeto pone en juego son primitivas: proyección, introproyección y negación, omnipotencia o devaluación. Su represión está dañada. El sujeto posee sentimientos o pensamientos incestuosos, que usualmente son censurados en las personas sanas.

La inteligencia, la memoria, la orientación, el lenguaje y el sistema motor usualmente están intactos. La función sintética está a menudo perturbada, y por ello el sujeto no diferencia lo trivial de lo importante.

Es también común que el esquizofrénico se aisle y pierda interés en los demás, en sus ocupaciones habituales y en su persona. Deja de reaccionar ante su medio y se pierde entre sus propias ideas desorganizadas y su mundo de fantasía.³

La diversidad de las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia, tomando en cuenta su cronicidad y su pronóstico e implicaciones terapéuticas, han permitido agrupar la esquizofrenia en diferentes síndromes discretos como son : paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciado y residual.

Esquizofrenia Paranoide

En esta forma de esquizofrenia lo que predomina son los delirios relativamente estables y sistematizados que pueden acompañarse de alucinaciones. Aun cuando generalmente son delirios de tipo persecutorio, pueden revestir otras formas, como delirios de celos, de grandiosidad. Aunque el trastorno del pensamiento puede ser masivo, la afectividad no se halla tan perturbada como en otros cuadros esquizofrénicos. Con frecuencia, el deterioro es únicamente relativo y el paciente es capaz de mantener cierto contacto social y un grado de funcionalidad aceptable.

Este síndrome es el que se presenta más tardíamente, y probablemente el de mejor pronóstico, ya que la respuesta farmacológica es generalmente buena.³

Esquizofrenia hebefrénica o desorganizada

Las alteraciones en la esfera afectiva son muy marcadas. El afecto es caprichoso, inadecuado y expresado con frecuencia por “risitas tontas” o “nerviosas”; la conducta es irresponsable e impredecible; hay muecas, manierismos, frases reiterativas y travesuras.

El pensamiento está desorganizado y el lenguaje es incoherente. Si hay ideas delirantes y alucinaciones, éstas son fragmentadas. El comportamiento en general aparece como “bobo” y sin contenido. Se inicia más tempranamente que los otros tipos, afectando sobre todo a los jóvenes entre los 15 y los 25 años de edad. Característicamente, la personalidad premórbida es tímida y solitaria. El pronóstico es malo.³

Diagnóstico

Para hacer el diagnóstico de esquizofrenia, las manifestaciones clínicas deben persistir por lo menos durante seis meses e incluir una fase de actividad psicótica. Este criterio permite hacer el diagnóstico diferencial con otros estados psicóticos efímeros (tóxicos, metabólicos, orgánicos, cerebrales, etc.) que pueden tener una presentación esquizofreniforme.³

Criterios para el diagnóstico del tipo paranoide

Tipo de esquizofrenia caracterizado por:

- A. Preocupación sobre una o más ideas delirantes sistematizadas o frecuentes alucinaciones auditivas relacionadas con un tema único.
- B. Ninguno de los síntomas siguientes: incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, afectividad aplanada o muy inapropiada, conducta catatónica, conducta muy desorganizada.

Especificar de tipo estable, si los criterios A y B se han cumplido durante las fases activas anteriores y presentes del trastorno. ⁴

Criterios para el diagnóstico del tipo desorganizado

Tipo de esquizofrenia en el cual se cumplen los siguientes criterios:

- A. Incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, o conducta muy desorganizada.
- B. Afectividad aplanada o claramente inapropiada.
- C. No cumple los criterios para el tipo catatónico. ⁴

Exámenes de laboratorio y gabinete

- Estudios neuropsicológicos
- Estudios bioquímicos
- Estudios neuropatológicos
- Imágenes del cerebro
- Estudios electrofisiológicos ³

Tratamiento

El tratamiento de la esquizofrenia depende fundamentalmente de la fase en la que se encuentre el paciente. No es lo mismo tratar a un esquizofrénico durante la fase activa que durante la fase residual, como tampoco lo es el tratamiento que debe recibir un enfermo agudo o uno crónico. ³

En 1950 el triste panorama de la esquizofrenia cambió con el desarrollo de la primera droga antipsicótica, la clorpromazina. A partir de entonces se han encontrado más de una docena de medicamentos con acción antipsicótica, incluyendo el haloperidol, la tioridacina, la loxapina y la molindona. Estas drogas actúan como bloqueadores en los sitios de unión de los neurotransmisores de dopamina.

Cuando los pacientes inician el tratamiento con estas drogas antipsicóticas pueden presentar somnolencia, insomnio, calambres y espasmos musculares, vértigos, parálisis, temblores, resequedad en la boca, impotencia sexual, alteraciones menstruales o visión borrosa. La mayoría de éstos síntomas desaparecen al disminuir la dosis, otros se pueden controlar con medicamentos específicos. ⁵

2. I. 3 DEPRESION

La depresión deteriora profundamente la capacidad de funcionar adecuadamente en las situaciones cotidianas, por los cambios de humor, las alteraciones del pensamiento y el deterioro del bienestar físico que ocasiona. ⁶

Etiología

En los humanos dos tipos de rasgos de carácter se han vinculado con la propensión a la depresión: rasgos obsesivos, rígidos, y perfeccionistas, o bien rasgos de pasividad y necesidad excesiva de depender de los demás. ⁷

La “pérdida de un objeto de amor”, o dicho en otra forma, la ruptura de “ligas de apego”, precede a la iniciación de estados depresivos.

La pérdida de un ser querido, del poder, de la salud, de la imagen narcisista de uno mismo, hace a algunos perder su sentido de la vida y en personas predispuestas se desencadena la depresión.⁷

Aspectos biológicos

En el área bioquímica la perturbación del humor está relacionada con la producción y utilización de las aminas biogénicas que actúan como neurotransmisores en el sistema nervioso central: catecolaminas (norepinefrina y dopamina) e indolaminas (serotonina).

Un hecho neurofisiológico es la identificación en el cerebro de “centros de recompensa” y “centros de castigo” relacionados con estados de placer y sufrimiento.

Los componentes viscerales y el estado de “alertamiento cerebral”, que es parte de la depresión, apuntan a la participación en ella del complejo hipotalámico. Una hormona hipotalámica libera corticotropina, que actúa sobre la corteza de las glándulas suprarrenales y estimula la liberación de cortisol en los humanos. Se sabe de tiempo atrás que este sistema hipotálamo-pituitario-adrenal es activado por el estrés.

El estudio de la liberación de corticotropina tiene particular interés en la depresión, porque el estrés es un factor precipitante de depresión en individuos vulnerables y porque aproximadamente 50% de los pacientes deprimidos tiene hiperactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal.⁷

Cuadro clínico

Los signos y síntomas pueden presentarse en forma aguda y es frecuente que recurran en forma episódica. El trastorno, cuyo síntoma central es el abatimiento del humor, abarca las esferas psíquica, somática y conductual. Se trata de un trastorno global.

El núcleo de la depresión lo constituyen en la esfera afectiva, el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de los apetitos e intereses y la angustia o la agitación. En la esfera cognitiva están presentes la fijación de la atención en la vivencia dolorosa y la transformación negativa de la imagen de uno mismo, la tendencia exagerada a la autocrítica y la autodevaluación. Es frecuente que el enfermo experimente una agudización notoria de su abatimiento y de su angustia al iniciar el día y una mejoría notoria cuando se acerca la noche. En la esfera somática son muy frecuentes la pérdida de apetito, la baja de peso y la perturbación del sueño.

Como consecuencia la vida de las personas deprimidas se altera profundamente en las esferas familiar, ocupacional y social.

La depresión no debe confundirse con la tristeza, que es una emoción normal, ni con el pesimismo, que es un rasgo del carácter. La depresión es un estado persistente, global, generalmente inmotivado y que representa un cambio importante en los modos de sentir, pensar y actuar habituales en la persona, y que tiende a seguir un curso autónomo, es decir, independiente de eventos externos.⁷

Formas clínicas

La forma bipolar de trastorno afectivo incluye, además de episodios depresivos, episodios de elación, euforia e incluso manía.

El término ciclotimia se refiere a una inestabilidad del afecto que incluye numerosos periodos de depresión y elación, leves y de corta duración cada uno de ellos.

En la distimia el afecto está abatido, pero no en forma suficientemente severa para considerarlo un trastorno depresivo. Durante días o semanas los pacientes se sienten bien; sin embargo, la mayoría del tiempo están cansados, abatidos y no disfrutan; se quejan, duermen mal y se sienten inadecuados, pero son capaces de responder a las demandas de su vida. ⁷

Depresión enmascarada y equivalentes depresivos

Equivalentes depresivos se deriva de la observación clínica de que en ocasiones algunos síntomas somáticos se presentan “en sustitución” de un episodio depresivo en forma clínica y recurrente. La depresión enmascarada, que expresa la observación de que síntomas, tanto somáticos como mentales, y algunos desórdenes de la personalidad y de la conducta hacen relieve, de modo que el fondo depresivo del trastorno queda oculto y no es reconocido por el médico, el enfermo o por ambos.

En la esfera somática, los síntomas más comúnmente descritos son: cefaleas, neuralgias faciales, dolores vertebrales regionales, desórdenes subjetivos del equilibrio.

Entre los síntomas que pueden enmascarar la depresión son prominentes los trastornos del sueño y del apetito. En los niños la depresión se enmascara con fobias escolares y desordenes digestivos. En los viejos se presentan cuadros de “seudodemencia” que son reversibles, tienen un fondo esencialmente depresivo y ceden con el tratamiento antidepresivo.

El examen cuidadoso del estado afectivo permite descubrir síntomas depresivos mitigados, tales como desinterés por ver a la gente, fatigabilidad, pesimismo, sentimientos de futilidad, tendencia a agigantar problemas pequeños, interrupción prematura del sueño, cambios circadianos en el humor, pérdida de peso, etc. 7

Diagnóstico

Descansa esencialmente en la comunicación por el enfermo de su experiencia subjetiva y en la observación de su conducta explícita, las alteraciones del sueño, la pérdida de peso, las fluctuaciones diurnas y la tendencia a la recurrencia son suficientes para establecer el diagnóstico de depresión mayor. 7

Tratamiento

Antidepresivos, estos modifican la actividad de las neuronas que emplean como neurotransmisores a las monoaminas, norepinefrina y serotonina.

La mayor parte de los antidepresivos pertenecen a dos grandes familias: la de los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) y la de los tricíclicos. Los inhibidores de la MAO aumentan la cantidad de monoaminas al bloquear la acción de la MAO, enzima que las desintegra. Los antidepresivos tricíclicos parecen actuar aumentando la disponibilidad de monoaminas en la sinapsis.⁷

El litio es un agente terapéutico en la manía y en algunas formas de depresión y tiene también acciones profilácticas. ⁷

2. 1.4 RETRASO MENTAL

El retraso mental se caracteriza por defectos del desarrollo de las funciones cognoscitivas, motoras, de comunicación verbal y capacidad de socialización, que en su conjunto constituyen la inteligencia. ³

Prevalencia

Es aproximadamente 1% de la población general. En 25% de los casos es posible identificar una alteración biológica. En el 75% restante se desconoce la causa.

El retraso mental es más frecuente entre los niños, con una proporción niño:niña de alrededor de 1.5:1. ⁴

Factores etiológicos y antecedentes familiares

Los factores etiológicos pueden ser principalmente biológicos, sociales o una combinación de ambos. ⁴

Hay enfermedades maternas, particularmente las infecciosas durante el embarazo, que se asocian con el retardo mental: rubéola, infección por citomegalovirus, herpes. En los últimos años se ha estudiado el papel de la infección por el VIH en mujeres embarazadas y se ha observado retraso en los hijos.

Otras condiciones en el embarazo se asocian con problemas en el desarrollo psicomotor de los hijos: la toxemia, la diabetes mellitus no controlada y el abuso de sustancias

La desnutrición de la madre durante la etapa de gestación puede ser riesgo de retraso mental para el producto. ³

Cuadro clínico

Los síntomas esenciales son: 1) capacidad intelectual general muy por debajo del promedio, que se acompaña de 2) un déficit o deterioro significativo de la capacidad adaptativa, y con 3) un comienzo antes de los 18 años. ⁴

Se clasifica en términos de cociente intelectual estimado por la aplicación en forma individual de pruebas de inteligencia estandarizadas y adaptadas a la cultura del sujeto. El retraso mental se expresa siempre por problemas de adaptación. Se clasifica en leve, moderado, grave y profundo. ³

El retraso mental leve se le conoce también como debilidad mental, subnormalidad mental leve u oligofrenia leve. En estos sujetos, el cociente intelectual se sitúa entre 50 y 69. Estos sujetos adquieren el lenguaje tardíamente en relación con los demás niños de su edad, pero tienen la capacidad para expresarse, seguir una conversación y pueden ser evaluados en una entrevista para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana. Sus principales problemas son escolares, particularmente con la lectura y la escritura. La educación especial puede ayudarles a mejorar su capacidad para desempeñar algunos trabajos prácticos. Solamente en algunos de los

adultos que sufren debilidad mental es posible establecer una etiología orgánica.

Los pacientes con retraso mental moderado tienen un cociente intelectual que varía entre 35 y 49. El desarrollo del lenguaje es variable, pero algunos pacientes pueden participar en conversaciones sencillas. Muchos sólo pueden usar el lenguaje para expresar necesidades prácticas, y aun aquellos cuyo cociente intelectual es más bajo son capaces de comprender instrucciones sencillas y desplazarse sin compañía por lugares que les son familiares y desempeñar algunas tareas bajo supervisión, pero no pueden actuar de manera independiente. En la mayoría de los casos es posible reconocer la etiología orgánica. Muchos de estos pacientes sufren epilepsia, algunos trastornos neurológicos y otras alteraciones somáticas

El cociente mental de pacientes con retraso mental grave se encuentra comprendido entre 20 y 34. Pueden articular palabras y aprender a comunicarse. Son capaces de adquirir hábitos elementales de higiene personal. Algunos de ellos padecen un marcado déficit motor y otras deficiencias que indican el desarrollo anormal del sistema nervioso central. Sin embargo, pueden desarrollar algunas actividades simples bajo supervisión.

En el retraso mental profundo, el cociente intelectual es inferior a 20. La comprensión del lenguaje se limita a las repeticiones más simples. En la mayoría de los casos, la etiología orgánica es evidente y los enfermos presentan alteraciones somáticas o neurológicas graves que ocasionan la muerte. La epilepsia y las deficiencias de la vista y de la audición son frecuentes. No controlan esfínteres y su comunicación es no verbal y muy limitada. Requieren ayuda y supervisión constante. 3

Los síntomas conductuales más frecuentes en el retraso mental incluyen la pasividad, la dependencia, la baja autoestima, la baja tolerancia a la frustración, la agresividad, la pobreza en el control de los impulsos, las conductas estereotipadas automutilantes y autoestimulantes. En algunos casos, estas conductas pueden ser aprendidas y condicionadas por factores ambientales: en otros casos, pueden estar relacionadas con un trastorno orgánico subyacente. 4

Criterios para el diagnóstico del retraso mental

- A. Capacidad intelectual general muy por debajo del promedio: un Coeficiente Intelectual (CI) de 70 o inferior obtenido mediante una prueba de inteligencia administrada de forma individual (en el caso de niños más pequeños), se considerará el juicio clínico que determine una capacidad intelectual general muy por debajo del promedio. Este criterio permitirá establecer el diagnóstico cuando las pruebas de inteligencia disponibles no permitan obtener valores del CI.
- B. Existencia de déficit o deterioros concurrentes en la capacidad adaptativa, por ejemplo, en la eficacia personal del niño para conseguir el rendimiento esperado por su edad y grupo cultural, en áreas como habilidades sociales y responsabilidad personal, comunicación, habilidades para resolver problemas cotidianos, independencia personal y autosuficiencia.
- C. Comienzo antes de los 18 años. 4

Diagnóstico diferencial

Con otros trastornos del aprendizaje, con el trastorno de la actividad y de la atención, con trastornos motores (por ejemplo parálisis cerebral) y con problemas sensoriales (por ejemplo sordera) que también pueden interferir para que no se alcance el nivel escolar adecuado. 8

La malnutrición y las enfermedades orgánicas crónicas pueden originar retrasos en el desarrollo.

Tratamiento

Exceptuando el caso de ciertos trastornos orgánicos o psiquiátricos específicos, no existe ningún tratamiento médico que ayude a mejorar la función mental.

El retraso mental se puede presentar en otros trastornos que precisan un tratamiento médico específico (por ejemplo: epilepsia, depresión). 8

2. I.5 DELIRIUM

Es una deficiencia en la capacidad para mantener y cambiar la atención. 3

Prevalencia

El delirium es muy frecuente. Aproximadamente 10% de todos los pacientes hospitalizados presentan algún síntoma de delirium. Ocurre con mayor frecuencia en los niños y después de los 60 años. 3

Etiología

1. Desequilibrio metabólico
2. Abuso de sustancias, toxicidad farmacológica y síndrome de supresión.
3. Traumatismo
4. Hipertensión
5. Convulsiones
6. Causas ambientales
7. Fiebre 9

Patogenia

No se conoce bien, pero parece consistir en disfunción tanto de la corteza cerebral como de las estructuras subcorticales que sirven a excitación, alerta, atención, proceso de información y conservación del ciclo normal de sueño y vigilia. 9

Cuadro clínico

Presentación aguda de:

Confusión: (a menudo el paciente parece confuso, a pesar de esforzarse en comprender su entorno).

Enturbamiento del pensamiento o de la percepción: A menudo acompañado de: falta de memoria, irritación, atención cambiante, aislamiento de otros, suspicacia, agitación, pérdida de la orientación, percepción de voces, alucinaciones o ilusiones, trastornos del sueño.

Los síntomas pueden aparecer rápidamente y cambiar de hora en hora. 8

Tratamiento

Cuando sea posible se tratará la causa del delirium. El tratamiento incluye el uso de neurolépticos, principalmente para el manejo de la agitación psicomotora. 3

2. I.6 TRANSTORNO BIPOLAR

Es una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo o maníaco parcial o completo, no debido a ningún otro trastorno mental o físico. 4

Prevalencia

Se estima que de un 0.4% a un 1.2% de la población adulta ha tenido un trastorno bipolar.

Estudios epidemiológicos en Estados Unidos indican que el trastorno es igualmente común en los hombres que en las mujeres. 4

Cuadro clínico

La sintomatología esencial del trastorno bipolar consiste en uno o más episodios maníacos, acompañados normalmente de uno o más episodios depresivos mayores.4

Pautas para el diagnóstico

Periodos de MANIA con:

- Actividad y energía incrementada
- Verborrea
- Disminución de la necesidad de dormir
- Valoración excesiva de la imagen de sí mismo
- Exaltación del ánimo o irritabilidad
- Desinhibición
- Distraibilidad 8

Periodos DEPRESIVOS con:

- Estado de ánimo bajo o triste
- Pérdida de interés o capacidad de disfrutar

Frecuentemente se presentan síntomas asociados:

- Trastornos del sueño
- Culpabilidad o baja autoestima
- Astenia o falta de energía
- Falta de concentración
- Trastornos del apetito
- Ideas o actos suicidas

Cualquiera de los dos tipos de episodios puede predominar.

Los episodios pueden ser frecuentes, y estar separados por períodos de estado de ánimo normal.

En casos graves, los pacientes pueden presentar alucinaciones (oír voces, ver visiones) o ideas delirantes (creencias extrañas o ilógicas) durante un episodio maníaco o depresivo. 8

Diagnóstico diferencial

El consumo de alcohol o de drogas puede desencadenar una sintomatología similar. 8

Curso

En el trastorno bipolar, el episodio inicial que provoca la hospitalización es normalmente maníaco. En muchos casos se dan dos o más ciclos completos en un año (un episodio maníaco y uno depresivo mayor, que se suceden sin período de remisión). 4

Tratamiento

El tratamiento del trastorno bipolar depende, de manera específica, del trastorno de la conducta en el momento de la presentación. El agente de elección para el estado maniaco agudo es el carbonato de litio. 9

El litio es un medicamento que debe ser monitorizado cuidadosamente, y se recomienda que sea prescrito por médicos familiarizados con su uso. 8

2. 1.7 DEMENCIA

Se trata de una enfermedad del cerebro, crónica, progresiva, que cursa con un estado de conciencia clara. Se caracteriza por alteraciones de las funciones corticales: memoria, pensamiento, comprensión, juicio. 3

Etiología y patogenia

La causa más común de demencia es la enfermedad de Alzheimer, que constituye 65% de estos casos en personas mayores de 65 años, ocurre demencia progresiva sin causa identificable sin datos anormales de laboratorio.

Otras causas comunes de demencia son alcoholismo y traumatismo craneoencefálico.9

Cuadro clínico

- Disminución de la memoria para hechos recientes, deterioro del pensamiento abstracto, la capacidad de juicio, y de la orientación, el lenguaje y adaptación social.
- Los pacientes se presentan a menudo apáticos o desinteresados, pero también pueden estar despejados y tener un comportamiento adecuado a pesar de su falta de memoria.

- Existe un deterioro progresivo en la realización de las tareas diarias (vestirse, aseo personal, cocinar).
- Pérdida del control emocional: los pacientes se enfadan fácilmente o se vuelven llorosos o irritables. 8

Es frecuente en pacientes mayores, muy raro en pacientes jóvenes o de mediana edad.

Las pruebas de memoria y de pensamiento incluyen:

- Capacidad para recordar los nombres de tres objetos usuales inmediatamente y trascurridos tres minutos.
- Capacidad para nombrar los días de la semana al revés
- También ver mini examen cognoscitivo. 8

Tratamiento

Antipsicóticos

Sedantes 8

2. I. 8 TRASTORNO PSICOTICO

La presencia de síntomas psicóticos no siempre garantiza un diagnóstico de esquizofrenia. Muchos pacientes con síntomas psicóticos son considerados en la actualidad como afectados por trastornos afectivos mayores con características psicóticas, o de ciertos tipos de trastornos de la personalidad. Sin embargo, algunos pacientes que manifiestan síntomas psicóticos francos para los que no hay una causa orgánica identificada, no satisfacen los criterios de ninguno de los trastornos de la personalidad de la esquizofrenia, o de los trastornos afectivos mayores con rasgos psicóticos. 9

Trastorno psicótico crónico

Cuadro clínico

Los pacientes pueden presentar:

- Alteraciones en el pensamiento o en la concentración
- Manifestaciones de que oyen voces de origen desconocido (alucinaciones)
- Creencias extrañas (por ejemplo: que tienen poderes sobrenaturales, que son perseguidos)
- Quejas físicas extrañas (por ejemplo: que tienen animales u objetos extraños dentro de su cuerpo)
- Problemas o preguntas sobre la medicación antipsicótica
- Problemas para sacar adelante sus estudios o realizar un trabajo. 8

Pautas para el diagnóstico

Problemas crónicos con las siguientes características:

- Retraimiento social
- Falta de motivación o interés, desaliño personal
- Pensamiento desordenado (reflejado en un discurso extraño o incoherente).

Episodios periódicos de:

- Comportamiento extravagante
- Alucinaciones (percepciones falsas o imaginarias, por ejemplo oír voces).
- Ideas delirantes (creencias firmes que son totalmente falsas, por ejemplo, el paciente cree tener parentesco con la realeza, que recibe mensajes de la televisión, que está siendo seguido o perseguido). 8

Tratamiento

La administración de medicación antipsicótica reducirá los síntomas psicóticos.

Informar al paciente de que la medicación continuada disminuye el riesgo de recaídas. En general, la medicación antipsicótica ha de ser mantenida durante al menos tres meses tras el primer episodio de la enfermedad, y durante más tiempo si ha habido episodios agudos.

Si el paciente rechaza el tratamiento prescrito, o hay dudas sobre su cumplimiento, existe la posibilidad de utilizar medicación antipsicótica inyectable de larga duración. Con esto se reduce el riesgo de nuevas recaídas, y se asegura el cumplimiento terapéutico. 8

Trastorno psicótico agudo

Cuadro clínico

Los pacientes pueden manifestar:

- Oír voces de origen desconocido (alucinaciones)
- Creencias extrañas o temores
- Confusión
- Desconfianza

Sus familiares pueden pedir ayuda cuando observan cambios de la conducta sin ninguna explicación, lo que incluye comportamientos extraños o alarmantes (aislamiento, suspicacia, amenazas). 8

Pautas para el diagnóstico

Comienzo reciente de:

- Alucinaciones (sensaciones falsas o imaginarias, por ejemplo, oír voces cuando no hay nadie alrededor).

- Ideas delirantes (creencias firmes que son completamente falsas y que no son compartidas por personas pertenecientes al grupo social del enfermo, por ejemplo, el paciente cree que está siendo envenenado por los vecinos, que recibe mensajes a través de la televisión o que está siendo observado por otros de una forma especial).
- Inquietud o comportamiento extravagante
- Lenguaje desorganizado o extraño
- Respuestas emocionales exageradas y labilidad emocional ⁸

Tratamiento

La medicación antipsicótica reducirá los síntomas psicóticos.

Puede también ser utilizada una medicación ansiolítica asociada a los neurolépticos para controlar la agitación.

Continuar con la medicación antipsicótica durante tres meses, al menos, tras la desaparición de los síntomas. ⁸

2. I. 9 TRASTORNO MENTAL ORGÁNICO PROVOCADO POR COCAÍNA

La causa responsable de un trastorno mental orgánico puede ser una sustancia psicoactiva o un agente tóxico, que esté afectando la actividad cerebral o haya dejado efectos persistentes.

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en cambios conductuales desadaptativos y otros síntomas específicos debidos al uso reciente de cocaína. Los cambios conductuales desadaptativos pueden incluir euforia, peleas, grandiosidad, estado de alerta, agitación psicomotriz, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social.

Otros síntomas específicos pueden ser taquicardia, dilatación pupilar, elevación de la tensión arterial, sudoración o escalofríos, náuseas y vómitos y alucinaciones visuales o táctiles. Los cambios conductuales y los otros síntomas específicos se inician antes de la primera hora de la administración de cocaína y pueden manifestarse en pocos minutos. 4

Curso

El curso de la intoxicación es en general limitado, con una recuperación total al cabo de 48 horas. 4

Complicaciones

Pueden presentarse síncope o dolor pectoral. Puede haber crisis epilépticas como consecuencia de la ingestión de dosis altas y puede llegar a producirse la muerte por arritmias cardíacas o parálisis respiratoria.

Si las ideas delirantes o las alucinaciones persisten más allá del tiempo de efecto de la sustancia, es que hay un trastorno delirante por cocaína. En algunas ocasiones, una intoxicación por cocaína puede provocar un delirium por cocaína.

Diagnóstico diferencial. Síntomas similares a los de la intoxicación por cocaína pueden presentarse en un episodio maníaco. La presencia de cocaína en una muestra de orina o en plasma puede diferenciar el cuadro de intoxicación por cocaína de los cuadros clínicos parecidos de intoxicación por anfetaminas. 4

Criterios para el diagnóstico de intoxicación por cocaína

- A. Uso reciente de cocaína
- B. Cambios conductuales desadaptativos; por ejemplo, euforia, peleas, grandiosidad, estado de alerta, agitación psicomotriz, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social.

C. En la primera hora después del uso de cocaína se presentan, como mínimo, dos de los siguientes síntomas:

- 1) Taquicardia
- 2) Dilatación pupilar
- 3) Elevación de la tensión arterial
- 4) Sudoración o escalofríos
- 5) Náuseas o vómitos
- 6) Alucinaciones visuales o táctiles.

D. Todo ello, no debido a ningún otro trastorno físico o mental 4

Cuando debe hacerse el diagnóstico diferencial sin una historia clínica clara o sin análisis toxicológicos de plasma y orina, el diagnóstico puede calificarse de "provisional". 4

Rehabilitación

Se interrumpe todo uso de sustancias psicoactivas. Recibe tratamiento para complicaciones médicas. Recupera nutrición apropiada y el sueño. 9

Recuperación

Comienza el pensamiento normal. Sofisticación psicológica aumentada. La familia y los amigos participan en el proceso de recuperación. Se exploran las expectativas de regreso al trabajo. Maduración espiritual y emocional. 9

2. 1.10 EPILEPSIA

La palabra epilepsia deriva de la conjunción de una preposición y un verbo irregular griego, epilambaneim que describe el fenómeno de ser sobrecogido bruscamente por una crisis. Resulta necesario distinguir entre una crisis epileptiforme y una crisis epiléptica, porque la primera puede ser simplemente un síntoma reactivo a un problema cerebral agudo (fiebre supresión etílica, trauma craneal) y la segunda es una crisis recurrente, no provocada. La importancia de reconocer la diferencia se basa en: a) pronóstico, b) terapéutica, c) duración del manejo. ¹⁰

La epilepsia es una de las condiciones neurológicas más serias con una incidencia estimada de 50 y 122 por 100,000 población/año. ¹¹

Prevalencia

La prevalencia de epilepsia activa es de 5-8 por 1000 habitantes, y 3-5% de la población general experimentará una o más crisis a lo largo de su vida. ¹¹

Definición

La epilepsia es un término genérico que engloba un grupo de enfermedades que se caracterizan por manifestar crisis (epilépticas). Es por tanto una condición clínica crónica que se manifiesta por la recurrencia de crisis espontáneas asociadas a una descarga eléctrica cerebral anormal, por disfunción o daño estructural encefálico. ¹⁰

Etiología

- A.** Epilepsia idiopática: Las convulsiones suelen iniciarse entre los 5 y 20 años de edad. No se conoce su causa.
- B.** Epilepsia sintomática: 1) Anormalidades congénitas y lesiones perinatales; 2) Trastornos metabólicos como hipocalcemia, hipoglucemia, carencia de piridoxina y la fenilcetonuria; 3) traumatismos (siempre y cuando penetre la dura madre); 4) tumores; 5) enfermedades vasculares y trastornos degenerativos (frec. en ancianos) y 6) enfermedades infecciosas como meningitis bacteriana o encefalitis herpética, en pacientes con SIDA puede ser la toxoplasmosis, encefalitis viral y meningitis criptococal. ¹²

Clasificación de las crisis epilépticas

1. Convulsiones parciales:

- **Simple:** Se conserva la conciencia.: Pueden manifestarse por síntomas motores focales (sacudida compulsiva) o somatosensoriales (hormigueo o parestesias), que se diseminan a diferentes partes del cuerpo. En algunos casos los síntomas son especiales por ej. destellos de luz o acufenos que indican afección de regiones visual y auditiva respectivamente.
- **Complejas:** la conciencia se deteriora. ¹²

2. Convulsiones generalizadas:

- Convulsiones de ausencia (pequeño mal): Existe deterioro de la conciencia, en ocasiones con componentes clónico, tónico o atónico leves. El inicio y la terminación de estos ataques son repentinos; si ocurren durante una conversación es probable que el paciente diga algunas palabras o se interrumpa a mitad de una frase unos segundos, el deterioro suele ser tan breve que en ocasiones ni el mismo paciente se da cuenta.
- Ausencias atípicas: con ataques de inicio y terminación más gradual que el anterior.
- Convulsiones mioclónicas: Consisten en sacudidas mioclónicas únicas o múltiples.
- Convulsiones tónico-clónicas (gran mal): Aquí existe pérdida repentina de la conciencia, el paciente se pone rígido, cae al suelo y se detiene la respiración. La fase tónica dura menos de un min. y la clónica de 2 a 3 min.
- Convulsiones tónicas, clónicas o atónicas: Puede haber pérdida de la conciencia con los acompañantes tónicos o clónicos anteriores, es frecuente en niños. 12

Características clínicas

Alteraciones inespecíficas como cambio de ánimo, letargo y sacudidas mioclónicas se presentan minutos u horas antes de convulsión. También se puede presentar el fenómeno aura segundos o minutos antes de la convulsión.

En la mayoría de los pacientes las convulsiones ocurren de manera impredecible en cualquier momento; sin embargo en otro se presentan en un momento particular como en el sueño o son desencadenados por precipitantes externos como pérdida de comidas, estrés emocional, menstruación, ingestión de alcohol, etc. 12

Diagnóstico

Interrogatorio intencionado a que el paciente describa en relación a sus auras y cambios de conducta todo esto para buscar la probable etiología. Los antecedentes familiares son de suma importancia ya que en caso de existir familiares con este problema nos orienta a pensar en un trastorno epiléptico primario específico.

Exploración física: Intencionada a buscar enfermedades causantes de convulsiones.

Laboratorio: No se cuenta con medios diagnósticos para ésta, sin embargo se ha observado que la presencia de más ataques epilépticos generalizados tiende a incrementar el contenido de proteínas y leucocitos en Líquido cefalorraquídeo (LCR) durante 24 a 48Hrs.

Estudios psicométricos que ayudan a verificar la presencia de un trastorno cerebral focal o difuso, mediante pruebas de atención, rendimiento y coeficiente intelectual, entre otros.

Electroencefalograma (EEG) para la demostración de anomalías paroxísticas que incluyen agujas u ondas puntiagudas. 12

Diagnóstico diferencial de crisis epilépticas parciales

- Ataques pasajeros de isquemia
- Ataques de furia
- Ataques de pánico 12

Diagnóstico diferencial de crisis epilépticas generalizadas

- Síncope
- Disrritmias cardiacas
- Isquemia del tallo encefálico
- Pseudoconvulsiones ¹²

Tratamiento

- 1) Convulsiones tónico-clónicas (gran mal) o parciales(focal). Fenitoína. 4-8 mg/Kg Efectos secundarios: Nistagmo, ataxia, disartría. sedación confusión Carbamacepina: 5-25 mg/Kg Efectos sec. Nistagmo disartria, ataxia, diplopia, náuseas. Fenobarbital: 2-5 mg/Kg Efectos sec Somnolencia, nistagmo, ataxia, vértigo, náusea. Pirimidona. 5-20 mg/Kg Efectos sec. sedación, nistagmo, ataxia, irritabilidad. Ac. valproico: 10-60 mg/Kg. Efectos sec. Náusea, vómito, diarrea, somnolencia.
- 2) Convulsiones de ausencia (pequeño mal). Etosuximida: 20-35 mg/Kg Efectos colaterales: Náusea, vómito, anorexia, cefalea. Ac. valproico 10-60 mg/Kg. Clonacepan. 0.05 a 0.2 mg/Kg Efectos sec. Somnolencia. exacerbarción de convulsiones tónicas y clónicas, ataxia.
- 3) Convulsiones mioclónicas Ac. valproico: 10-60 mg/Kg. Clonacepan 0.05-0.2 mg/Kg. ¹²

2.II FÁRMACOS UTILIZADOS EN PACIENTES PSQUIÁTRICOS ENCONTRADOS EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

2. II.1 ANTIPSICÓTICOS

Cerca de 50 años se han usado, de manera clínica, los antipsicóticos. La reserpina y la clorpromacina fueron los primeros que se encontraron útiles en la esquizofrenia. Aunque la clorpromacina todavía se usa para el tratamiento de la psicosis, estos fármacos han sido superados por muchos otros medicamentos más recientes. 13

Tipos químicos:

Se ha relacionado una cantidad de estructuras químicas con las propiedades antipsicóticas.

A. Derivados de la fenotiacina

Hoy día se usan tres subfamilias de las fenotiacinas, basadas principalmente en la cadena lateral de la molécula. Los derivados alifáticos (por ejemplo, clorpromacina) y los de la piperidina (como la tioridacina) son los menos potentes. Los derivados de la piperacina son más potentes en el sentido de que son eficaces a dosis más bajas y sus efectos farmacológicos son más específicos.

B. Derivados del tioxanteno

Estos fármacos están ejemplificados primordialmente por el tiotixeno. En general, este grupo de compuestos es ligeramente menos potente que sus homólogos fenotiacínicos.

C. Derivados de la butirofenona

En este grupo, el haloperidol es el más utilizado. Estos agentes tienden a ser más potentes y a tener efectos autónomos menores. 13

D. Estructuras diversas

Estos nuevos fármacos tienen una variedad de estructuras e incluyen: primocida, molindonas, loxapina, clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, sertindole y remoxiprida.¹³

Farmacocinética

A. Absorción y distribución

La mayor parte de los antipsicóticos se absorben fácilmente, pero de manera incompleta. Así, las dosis orales de clorpromacina y tioridacina tienen una disponibilidad sistémica de 25 a 35%, en tanto que el haloperidol, que es menos probable que sea metabolizado, tiene una disponibilidad sistémica promedio de 65% aproximadamente.

La mayor parte de los antipsicóticos son muy liposolubles y se fijan bastante a las proteínas (92 a 99%). Tienden a tener grandes volúmenes de distribución. Es probable que debido a que estos medicamentos son secuestrados en los compartimientos lipídicos del cuerpo, por lo general, tienen una duración de acción clínica mucho más prolongada que lo que podría estimarse a partir de sus vidas medias plasmáticas.

B. Metabolismo

La mayor parte de los antipsicóticos son metabolizados casi por completo en diversos procesos.

C. Excreción

Cantidades muy pequeñas de cualquiera de estos fármacos se excretan de manera inalterada, puesto que se metabolizan casi por completo a sustancias más polares. Las vidas medias de eliminación varían de 10 a 24 horas.¹³

Efectos farmacológicos

Los primeros antipsicóticos fenotiacínicos, con la clorpromacina como prototipo, demostraron tener una gran variedad de efectos en los sistemas nervioso central (SNC), autónomo y endócrino. Estas acciones se relacionaron con efectos bloqueadores en un número notable de receptores.¹³

Dosificación

El rango de dosis eficaces entre varios antipsicóticos es muy amplia. Los márgenes terapéuticos son sustanciales.

Los antipsicóticos pueden administrarse en dosis diarias divididas al principio, mientras se logra dosificación eficaz. No siempre necesitan ser dosis divididas iguales, aun cuando se administren por vía oral. Después de que se ha definido una dosis diaria eficaz para un paciente en particular, éstas pueden administrarse con menor frecuencia. Las dosis únicas al día, que por lo general se administran por la noche, son factibles para muchos pacientes durante el tratamiento de sostén crónico.¹³

Reacciones adversas

La mayor parte de los efectos indeseables de los antipsicóticos son prolongaciones de sus acciones farmacológicas conocidas, así estos pueden ocasionar:

- Efectos conductuales
- Efectos neurológicos
- Efectos en el sistema nervioso autónomo
- Efectos metabólicos y endócrinos
- Reacciones tóxicas o alérgicas
- Complicaciones oculares
- Toxicidad cardíaca ¹³

2. II.2 ANTIPARKINSONIANOS

La levodopa es el precursor de la dopamina y la noradrenalina, los beneficios del tratamiento con levodopa con frecuencia parecen disminuir con el tiempo, y algunos efectos adversos pueden complicar el tratamiento a largo plazo con levodopa. No obstante, se están acumulando pruebas de que el tratamiento dopaminérgico en una etapa relativamente inicial puede ser más eficaz para el tratamiento de los síntomas del parkinsonismo, y puede, también influir favorablemente sobre el índice de mortalidad debido a la enfermedad. Probablemente es mejor evitar el tratamiento sintomático del parkinsonismo leve hasta que se presente cierto grado de incapacidad, o hasta que los síntomas empiecen a tener un impacto importante sobre el estilo de vida del paciente. Cuando el tratamiento se hace necesario, puede prescribirse la levodopa en combinación con carbidopa ; también puede requerirse amantadina o un antimuscarínico o ambos para obtener un beneficio óptimo. Es posible que algunos de los efectos adversos a largo plazo de la levodopa (como las fluctuaciones de respuesta y las discinesias) se pueden evitar o minimizar si la dosis diaria total de carbidopa se mantiene baja y se incrementa el tratamiento dopaminérgico mediante la adición de bromocriptina o pergolida. La fisioterapia es útil en la mejoría de la movilidad. En pacientes con parkinsonismo grave y complicaciones a largo plazo del tratamiento con levodopa, puede ser útil intentar el tratamiento con bromocriptina o pergolida. La regulación en la ingestión de proteínas en la diete también puede disminuir las fluctuaciones de la respuesta.

El tratamiento con selegilina de pacientes que son jóvenes o tienen parkinsonismo puede retrasar la progresión de la enfermedad y amerita su seria consideración. 13

2. II.3 ANTIEPILÉPTICOS

Farmacocinética

Los antiepilépticos muestran muchas propiedades farmacocinéticas similares, incluso aquéllos cuyas propiedades estructurales y químicas son muy diversas. Aún cuando muchos de estos compuestos son sólo escasamente solubles, la absorción suele ser buena, ya que 80 a 100% de la dosis llega a la circulación. La biodisponibilidad es un problema con la fenitoína, en la cual tanto la velocidad como el grado de absorción depende en gran parte de la formulación. ¹³

Con excepción de la fenitoína, las benzodiazepinas, el ácido valproico y la tiagaina, los antiepilépticos no tienen un alto grado de fijación a las proteínas plasmáticas. La fenitoína y el ácido valproico pueden desplazar otros fármacos con alto grado de fijación, incluyendo otros anticonvulsivos. Las concentraciones de benzodiazepinas son demasiado bajas para afectar la fijación de otros fármacos. ¹³

Los antiepilépticos se depuran de manera principal por mecanismos hepáticos a pesar de que se extraen en una pequeña proporción. Muchos, como la primidona y las benzodiazepinas, se transforman en metabolitos activos que también son metabolizados por el hígado. ¹³

Estos fármacos se distribuyen de modo predominante en el agua corporal total. La depuración plasmática es relativamente lenta; por tanto, muchos anticonvulsivos se consideran de acción media a prolongada. Para la mayoría de éstos, la vida media es mayor a 12 horas. El fenobarbital y la carbamacepina son potentes inductores de la actividad enzimática microsómica hepática. ¹³

Supresión

La supresión de los antiepilépticos, ya sea por accidente o intencional, puede ocasionar el aumento de la frecuencia y gravedad de las convulsiones. 13

Sobredosis

Los antiepilépticos son depresores reales o potenciales del sistema nervioso central (SNC), pero en pocas ocasiones llegan a ser mortales. El efecto de riesgo de los antiepilépticos después de grandes sobredosis es la depresión respiratoria, que puede ser potenciada por otras sustancias como el alcohol.¹³

2. II. 4 ANTIDEPRESIVOS

Los primeros antidepresores que mostraron eficacia fueron imipramina, amitriptilina, sus derivados N-demetílicos y otros compuestos semejantes, y desde principios del decenio de 1960 se han utilizado con gran amplitud en el tratamiento de la depresión. 14

Química

Se ha encontrado que diversas estructuras químicas tienen acción antidepresiva.

A. Tricíclicos

Los antidepresivos tricíclicos, llamados así por el núcleo de tres anillos característicos. La imipramina y la amitriptilina son dos fármacos prototipos de la clase como inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina mezclados, con muchas otras propiedades.

B. Heterocíclicos, fármacos de segunda y tercera generación

C. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

En la actualidad se dispone de tres inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como por ejemplo la fluoxetina.

D. Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) ¹³

Farmacocinética

A. Tricíclicos

Se absorben de manera incompleta y sufre metabolismo importante. Como resultado de la alta fijación a proteínas y la liposolubilidad relativamente alta, los volúmenes de distribución tiende a ser muy grandes. Los tricíclicos se metabolizan por dos vías principales: la transformación del núcleo tricíclico y la alteración de la cadena lateral alifática.

B. Heterocíclicos

La farmacocinética de estos medicamentos es similar a la de los tricíclicos. Tienden a mostrar biodisponibilidad variable, alta fijación a proteínas, volúmenes de distribución variables y grandes y, quizá, metabolitos activos.¹³

C. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

La fluoxetina se absorbe bien y sus concentraciones máximas en el plasma se alcanzan en un lapso de 4 a 8 horas. Inhibe varias enzimas que metabolizan fármacos, lo cual ha conducido a varias interacciones importantes de medicamento a medicamento con otros antidepresivos, así como con otros fármacos.

D. Inhibidores de MAO

Se absorben con facilidad a partir del tubo digestivo. El efecto persistirá de siete días a 2 o 3 semanas después de que se suspende el medicamento.¹³

Tolerancia y dependencia física

Tiende a desarrollarse alguna tolerancia a la sedación y a los efectos autonómicos con el empleo continuo de la imipramina. Algunos pacientes manifiestan dependencia física de los antidepresores tricíclicos, con malestar, escalofríos, coriza y mialgias después de la interrupción repentina de las grandes dosis de este fármaco. ¹⁴

Efectos adversos

Los efectos indeseables más comunes son menores; pero pueden afectar seriamente el apego a la prescripción por el paciente; cuanto más grave sea la depresión, mayor es la probabilidad de que se toleren los efectos indeseables. ¹³

Las consecuencias clínicas de los efectos consisten en boca seca y sabor amargo o metálico, malestar epigástrico, estreñimiento, mareos, taquicardia, palpitaciones, visión borrosa y retención urinaria.

Los inhibidores de la MAO pueden inducir sedación o excitación de la conducta. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina plantean un riesgo alto de inducir náusea y vómito, cefalalgia y disfunción sexual, incluso trastornos de la eyaculación. ¹⁴

2. III ENFERMEDADES BUCODENTALES ENCONTRADAS EN PACIENTES PSIQUÁTRICOS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

2. III.1 GINGIVITIS

La gingivitis es el padecimiento periodontal más frecuente y puede presentarse en cualquier sujeto debido a la excesiva acumulación de placa en el margen gingival.

Es un proceso inflamatorio de la encía, en el cual, el epitelio de unión, se une al diente en su nivel original; la porción más apical del epitelio de unión se localiza en el esmalte, cerca de la unión cemento-esmalte.¹⁵

Clasificación

El tipo más común de enfermedad gingival es la inflamación simple causada por la placa bacteriana adherida a la superficie dental. Este tipo de gingivitis, a veces denominada gingivitis marginal crónica o gingivitis simple, puede permanecer estacionaria por periodos indefinidos o preceder a la destrucción de las estructuras de soporte.¹⁶

La encía puede estar afectada en otras enfermedades, relacionadas a veces, pero no siempre, con lesiones periodontales comunes. Es por ello que se han clasificado de la siguiente manera:

A. Gingivitis

1. Gingivitis marginal
2. Gingivitis ulcerosa necrosante aguda (GUNA)

B. Gingivitis y otras alteraciones gingivales con complicaciones sistémicas

1. Alteraciones gingivales relacionadas con hormonas sexuales
2. Alteraciones gingivales relacionadas con enfermedades de la piel y membranas mucosas.

3. Gingivitis en padecimientos sistémicos generalizados
4. Gingivostomatitis infecciosa
5. Alteraciones gingivales relacionadas con el consumo de fármacos

C. Trastornos gingivales diversos

1. Quistes gingivales
2. Fístulas gingivales
3. Neoplasias
4. Hendiduras gingivales
5. Recesión gingival
6. Frenillo atípico o ligamentos musculares
7. Epulis o granuloma piógeno gingival
8. Abscesos gingivales ¹⁵

Cuadro clínico

Gingivitis marginal

Se caracteriza por:

- Cambios en el color, de rosa coral a rojo y a rojo azulado
- cambios en la forma, que en condiciones normales es delgada y con un borde afilado, a edematosa, en ocasiones con papilas interdentes abultada
- Cambios en la posición gingival, con el margen gingival abultado cerca o en la protuberancia de la corona
- Cambios en la textura superficial, en ocasiones presenta una superficie satinada y la pérdida o reducción del puntilleo gingival y pérdida de las hendiduras interdentes y marginales libres
- Hemorragia espontánea, o bajo una leve presión, o bien, existencia de exudado purulento proveniente del surco gingival.

La gingivitis casi siempre se relaciona con la acumulación de placa en o cerca del margen gingival, casi nunca causa dolor, aunque con frecuencia, el paciente está conciente de la tumefacción, enrojecimiento y hemorragia de la encía. 15

Gingivitis ulcerosa necrosante aguda (GUNA)

La GUNA es el tipo menos frecuente de gingivitis, afecta sobre todo a adolescentes y adultos jóvenes que atraviesan situaciones de tensión emocional. Es una de las escasas condiciones dolorosas de la encía y se distingue por un ataque repentino cuyos síntomas aparecen al cabo de uno o dos días. La GUNA es una lesión ulcerada cubierta por una pseudomembrana blanca, que se extiende a partir de las puntas de las papilas y después de modo lateral, abarcando la encía marginal y la base del col.

Otros nombres para designar la GUNA son: boca de trinchera, gingivitis de Vincent, infección de Plaut-Vincenti, etc. También existe una forma lateral de GUNA que afecta el borde lateral de las papilas interdentes; no obstante, la forma más frecuente comienza en las puntas de dichas papilas y se extiende hasta el col y a lo largo del margen gingival.

La GUNA tiene una marcada tendencia a ser recurrente, y cuando se repite varias veces, puede afectar el proceso alveolar subyacente y presentar una forma característica de periodontitis, en la que existe pérdida de hueso alveolar interdental y ulceración de tejido gingival interdental. 15

Distribución

Localizada: Se limita a la encía de un solo diente o un grupo de dientes.

Generalizada: Abarca toda la boca

Marginal: Afecta al margen gingival, pero puede incluir una parte de la encía insertada continua.

Papilar: Abarca las papilas interdentes y, con frecuencia, se extiende hacia la zona adyacente del margen gingival. Es más común que afecte a las papilas que al margen gingival; los primeros signos de gingivitis aparecen en las papilas.

Difusa: Abarca la encía marginal, encía insertada y papilas interdentes.

La distribución de la enfermedad gingival en casos particulares se describe mediante la combinación de los nombres anteriores. 16

Tratamiento

El tratamiento que elimine factores etiológicos locales (con inclusión de placa, cálculos y restauraciones sobreextendidas) da por resultado la curación de las lesiones gingivales. Un programa de dos a cuatro visitas para tratamiento y la educación del paciente deben restablecer la salud gingival. Se puede lograr la prevención de recurrencias si el paciente adopta métodos eficaces de higiene bucal diaria. 17

2. III. 2 PERIODONTITIS

Es una enfermedad que puede contraer cualquier persona aparentemente sana. Se habla de periodontitis cuando se pierden tanto la inserción del ligamento periodontal, como el soporte óseo alveolar. A esto se vincula la migración apical del epitelio de unión sobre la superficie radicular. La periodontitis se define como la migración del epitelio de unión hacia apical de la unión cemento-esmalte.

Es más común que se presente en adultos; no es muy frecuente en adolescentes y adultos jóvenes, aún cuando es posible que se desarrolle durante los dos primeros decenios de vida; hacia el tercero o cuarto, su ocurrencia aumenta de modo significativo. 15

Clasificación

Enfermedades y trastornos periodontales

- A. Periodontitis del adulto sin complicaciones sistémicas
- B. Periodontitis juvenil
- C. Periodontitis con complicaciones sistémicas
- D. Trastornos diversos que afectan al periodonto

Cuadro clínico

Periodontitis del adulto

Se relaciona con la aparición de bolsas periodontales, así como por la pérdida de inserción apical a la unión cemento-esmalte; estos dos sucesos se pueden presentar en cualesquiera de las superficies dentales uni o multirradiculares, y en furcaciones de estos últimos. En etapas más avanzadas, los dientes con periodontitis son móviles y es posible advertir “migración patológica” o “desvio” con la formación de espacios entre los dientes, conforme se alejan de su posición original; con frecuencia, los dientes anteriores, superiores o inferiores se aproximan a los labios. Las bolsas pueden sangrar al ser examinadas, con posible exudado hemorrágico, supurativo o claro y acuoso. Entre los cambios más notables que presenta la encía, se encuentran: enrojecimiento, tumefacción e inflamación. En otros casos, los pacientes con periodontitis muestran otros sitios de la encía con indicios de fibrosis o recesión, o bien aparecen sanos en su nivel superficial. En ocasiones se localizan acumulación de placa y cálculos subgingivales y supragingivales en o cerca del margen gingival, en particular en individuos sin profilaxis reciente. 15

Es posible advertir alteraciones radiográficas distintivas de la periodontitis, en radiografías periapicales y de “aleta mordible”, se aprecian trastornos prematuros en el hueso, con el desarrollo de lesiones en forma de taza, dispuestas de manera interproximal y con pérdida del hueso en la cresta del proceso alveolar interproximal, aun sin daño a la lámina dura. Una pérdida generalizada u horizontal del hueso ocurrirá en caso de que afecte a la mayoría de los dientes, en la misma proporción.

La pérdida vertical de hueso se presenta cuando la evolución de la pérdida es más veloz en un punto en comparación con otros. También se puede encontrar en furcaciones; entre las raíces y en individuos con periodontitis avanzada, puede alcanzar el ápice radicular, en cuyo caso es probable un pronóstico deficiente. La periodontitis infecciosa puede estar acompañada por espacios amplios del ligamento periodontal, zonas de resorción radicular y pérdida de lámina dura. ¹⁵

Periodontitis localizada Juvenil

Se presenta con mayor incidencia en adolescentes y adultos jóvenes, y se distingue por el desarrollo de bolsas y por la pérdida de la inserción de tejido conectivo y del hueso alveolar, atacando principalmente a los primeros molares e incisivos, y en ocasiones los premolares y segundos molares.

A nivel clínico los pacientes rara vez presentan cálculos o formación de placa y con frecuencia hay poca o nula evidencia de gingivitis; no obstante, al efectuar pruebas más específicas, las hemorragias se presentan en puntos en donde existen bolsas profundas; pérdida de inserción y pérdida radiográfica del hueso, lo cual hace suponer inflamación en la profundidad del tejido. ¹⁵

Periodontitis generalizada juvenil

Ataca a sujetos en sus últimos años de adolescencia o a adultos jóvenes. A menudo se observa inflamación gingival grave, con formación de cálculos y de placa, por la cual se diferencia la periodontitis localizada juvenil de la generalizada juvenil. En esta última, la encía es a veces de color rojo brillante, o con apariencia “agresiva”, con bolsas supurativas y pérdida de hueso generalizada que afecta la mayor parte de los dientes.¹⁵

Tratamiento

El tratamiento de la periodontitis sigue cuatro fases: sistémica, inicial o higiénica, correctiva y de mantenimiento. ¹⁷

2. III. 3 CANDIDIASIS BUCAL

La candidiasis es la infección micótica más común de la mucosa bucal.¹⁶ Es un término ampliamente aceptado para abarcar muchas formas clínicas de infección por miembros del género *Candida*. Todos los miembros del género están presentes como comensales que se vuelven patógenos cuando tiene lugar una alteración de la inmunidad del huésped. ¹⁸

Sinonimia

Moniliasis, muguet, algodoncillo, blastomicosis. ¹⁹

Etiología

La candidiasis la produce *Candida albicans* y otras especies que se relacionan como *C.parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. Krusei*, *C. pseudotropicalis* y *C.guilliermondi*. En la mayor parte de las personas *C.albicans* es un microorganismo comensal de la cavidad bucal. ¹⁷

Factores que predisponen a los tejidos orales a la infección por Candida

- Saliva ácida
- Xerostomía
- Uso nocturno de dentadura protésica
- Tabaquismo importante
- Individuos del grupo sanguíneo O
- Trastornos inmunológicos
- Terapéutica antibiótica
- Terapéutica esteroidea
- Deficiencias de hierro, ácido fólico y vitamínicas
- Malnutrición/malabsorción gastrointestinal
- Dietas ricas en carbohidratos
- Diabetes mellitus
- Infección por el VIH
- Anomalías endocrinas
- Displasia epitelial
- Discrasia sanguínea y malignidad
- Radio-quimioterapia
- Vejez/lactancia ¹⁸

Patogenia

La candidiasis es una clásica enfermedad oportunista que requiere forzosamente de factores predisponentes, la mayoría de veces se origina de manera endógena, casi siempre atribuible a dos procesos:

- a) Por el desequilibrio de la flora microbiana, que hace que se incremente la presencia de levaduras como *Candida*, esto se puede deber a cambios de pH, acúmulos de nutrientes como el glucógeno o por disminución de la flora bacteriana por antibióticos. ¹⁹

- b) Por enfermedades o procesos que influyen en la respuesta inmune, sobre todo a nivel celular, por ejemplo defectos de polimorfonucleares (PMN) y células T y B. 19

Clasificación de los tipos básicos de Candidiasis oral

Candidiasis aguda

Seudomembranosa (muguet)

Atrófica (eritematosa)

Candidiasis crónica

Hipertrófica/hiperplásica (leucoplasia candidiásica). 18

Cuadro clínico

Las manifestaciones bucales son variables y la forma más frecuente es la seudomembranosa conocida como muguet o algodoncillo. 17

En el interior de la cavidad oral las infecciones por *Candida albicans* tienen lugar en la superficie de la mucosa, donde adoptan varias formas clínicas. Algunas son blancas y se pueden eliminar fácilmente mediante rascado, mientras que otras no. Algunas tienen un aspecto rojo brillante, lo cual se debe a atrofia y erosión del epitelio y a una intensa inflamación del tejido conjuntivo subyacente.

La candidiasis es el prototipo clásico de una infección oportunista. Se trata de un microorganismo comensal de la cavidad oral que se convierte en patógeno cuando existen los factores predisponentes apropiados. Un gran número de factores pueden predisponer al tejido oral al desarrollo de candidiasis. 18

Candidiasis pseudomembranosa aguda (muguet)

Se caracteriza por la presencia de placas blandas, cremosas, de epitelio descamativo que contiene numerosos micelios enmarañados sobre una mucosa eritematosa que se elimina fácilmente. 18

Candidiasis atrófica (eritematosa)

Es más frecuente en portadores de dentaduras protésicas mal ajustadas en quienes llevan dicha dentadura puesta continuamente, y se presenta en forma de área roja generalizada de tejido atrófico, comúnmente en paladar. En las etapas iniciales existen áreas de erosión superficial y petequias. La principal molestia es una sensación de quemazón continua en el área afectada. La candidiasis puede afectar también a la lengua, en cuyo caso ésta presenta un aspecto liso y rojo. Los pacientes se quejan de sensibilidad intensa y dolor ante la exposición a líquidos calientes y fríos, alimentos picantes y bebidas alcohólicas. 18

Candidiasis hiperplásica crónica

Caracterizada por placas o pápulas blancas sobre un fondo eritematoso. 18

Diagnóstico

Se basa en la historia clínica, aspecto clínico de las lesiones y estudios microscópicos del frotis o frotis obtenidos por raspado. 19

Tratamiento

La mayor parte de las infecciones por *C.albicans* pueden tratarse con aplicaciones tópicas de nistatina en suspensión. En los casos que se relacionan con el uso de prótesis puede emplearse nistatina sobre el tejido y en el aparato, para prolongar el contacto y eliminar el hongo del mismo. 17

2. III. 4 CÁLCULO DENTAL SUPRAGINGIVAL

En los seres humanos el cálculo es en esencia la placa mineralizada cubierta en su superficie externa por placa vital, fuertemente adherida y no mineralizada. Puede también presentar una cubierta de materia alba poco fija, bacterias sueltas, células epiteliales descamadas y células hemáticas procedentes de la región surcal. 15

Se clasifica como cálculo supragingival cuando es visible sobre las coronas clínicas de los dientes, por sobre el margen gingival. El cálculo ubicado hacia apical del margen gingival en el surco gingival o en la bolsa periodontal se llama cálculo subgingival. 20

Cuadro clínico

Está constituido por agregados amarillos y blancos localizados habitualmente a lo largo de los márgenes gingivales de los dientes. Pero ese color puede cambiar a pardo como resultado de una tinción secundaria por el uso de tabaco o pigmentos alimentarios. Las cantidades mayores de cálculo supragingival se ubican frente a las salidas de los conductos salivales mayores. Así, es común ver cantidades copiosas de cálculo supragingival en vestibular de los molares superiores en la vecindad de la abertura del conducto de Stensen de la parótida, y en lingual y aun vestibular de los incisivos inferiores frente al orificio del conducto de Warton de la submandibular y del conducto de Bartholin de la sublingual. 20

Diagnóstico

Se puede reconocer el cálculo supragingival por inspección clínica cuando se halla presente en cantidades suficientes. Sin embargo, se podrían pasar por alto las capas delgadas cuando la superficie estuviera humedecida por la saliva, que penetra en la superficie porosa del cálculo. 20

Si se saca la superficie dentaria, la capa fina de cálculo puede tener un aspecto similar al de una superficie dentaria hipoplásica, y su descubrimiento por lo tanto exige sondeo o raspado con un instrumento. 20

Tratamiento

Odontoxesis

2. III. 5 CARIES

La caries dental es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el hombre. La caries dental ha sido definida como la destrucción localizada de los tejidos duros del diente, por la acción bacteriana.²¹

Aquellas áreas de los dientes que no estén protegidas por la autolimpieza, tales como fosas, fisuras y puntos de contacto, son más susceptibles a presentar caries dental que aquellas expuestas a la autolimpieza, tales como superficies bucales y linguales. 21

Prevalencia

La caries dental es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el hombre, y aunque algunos estudios en la pasada década han indicado una significativa reducción en la prevalencia de caries dental en algunos países del mundo, esta enfermedad continúa manteniéndose como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. 21

Etiología

La caries dental es una enfermedad infecciosa con una etiología multifactorial que incluye la susceptibilidad del huésped, la dieta y los microorganismos cariogénicos.

Existen numerosas evidencias que han permitido demostrar que la placa dental es un prerrequisito indispensable para la iniciación de la caries dental y la enfermedad periodontal. 21

Placa dental

La cavidad bucal contiene una de las más concentradas y variadas poblaciones microbianas del organismo. Particularmente un gran número de microorganismos son encontrados en el dorso de la lengua, alrededor del surco gingival y en la superficie dentaria. A nivel del diente las acumulaciones blandas, no calcificadas de bacterias y sus productos son referidas como placa dental. Esta es definida como una masa bacteriana fuertemente adherida a la superficie dentaria, y que no está formada exclusivamente por restos alimenticios.

La placa dental puede ser clasificada en términos de su localización como supragingival y subgingival, de su potencial patógeno como cariogénica o periodontopatogénica y de sus propiedades como adherentes o no adherentes. Estas clasificaciones no son mutuamente excluyentes, sin embargo, en general, la placa supragingival es adherente y contiene una flora predominantemente Gram positiva, características estas de organismos cariogénicos. Por el contrario, la subgingival, está compuesta en mayor cantidad de microorganismos Gram negativos, es menos adherente que la supragingival y es preferentemente periodontopatogénica. 21

El grado de cariogenicidad de la placa dental es indispensable para una serie de factores que incluyen:

- 1) La localización de la masa de microorganismos en zonas específicas del diente como las superficies lisas, fosas, fisuras y superficies radiculares.
- 2) El gran número de microorganismos concentrados en áreas accesibles a la higiene bucal o a la autolimpieza.
- 3) La producción de una gran variedad de ácidos (ácido láctico, acético, propiónico, etc.) capaces de disolver las sales cálcicas del diente.
- 4) La naturaleza gelatinosa de la placa favorece la retención de compuestos formados en ella y disminuye la difusión de elementos neutralizantes hacia su interior.

Posteriormente fue adicionado un nuevo factor: el tiempo, que permitió esclarecer de una forma más precisa la formación de la caries dental. ²¹

Clasificación de la caries dental

Las lesiones cariosas se clasifican según su localización en dos grandes categorías: a) de superficies lisas y b) de puntos y fisuras. Las primeras incluyen caries interproximales, caries radiculares y otras superficies lisas. ²¹

El diagnóstico de la caries involucra la clínica (visual y táctil) y el examen radiográfico.

Las caries de puntos y fisuras se encuentran normalmente en zonas de estructuración incompleta del esmalte; por ello se aproximan mucho a la unión esmalte dentina y son de difícil detección. ²¹

La formación de cavidades cariosas comienza con pequeñas áreas de desmineralización en la superficie del esmalte , pudiendo progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental. La desmineralización es provocada por ácidos, en particular ácido láctico, que es producido por la fermentación de los carbohidratos de la dieta por los microorganismos bucales. La formación de la lesión involucra la disolución del esmalte y la remoción de los iones de calcio y fosfato, así como transporte hasta el medio ambiente circundante. Esta etapa inicial es reversible y la remineralización puede ocurrir, particularmente con la presencia de fluoruros.

De las caries de superficies lisas, la interproximal es la más difícil de detectar clínicamente ya que generalmente es inaccesible para el examen visual y táctil. En el sector posterior las lesiones generalmente se detectan radiográficamente; mientras que en el sector anterior se utiliza el examen visual, la separación temporal de los dientes (utilizando ligas circulares de ortodoncia o haciendo leve palanca con instrumentos) y transiluminación, todos ellos, junto al diagnóstico radiográfico.

Las lesiones cariosas radiculares vestibulares y linguales no presentan problemas de diagnóstico, pero sí las interproximales, las cuales son difíciles de detectar clínicamente y generalmente requieren de un diagnóstico radiográfico.

Las caries localizadas en los márgenes alrededor de restauraciones ya existentes deben diagnosticarse utilizando una combinación de exámenes visuales, táctiles y radiográficos. 21

Microbiología de la caries dental según sus diversas localizaciones

La microbiología predominante en las diversas lesiones de caries dental varía dependiendo del lugar del diente donde se produzca la lesión, así como de la profundidad de la misma todo esto influenciado desde luego por las condiciones ecológicas de la cavidad bucal. 21

Microbiología de la caries de esmalte

Es posible que las bacterias responsables de iniciar el proceso carioso, no sean las mismas de una lesión ya bien establecida. Al respecto los estudios realizados han demostrado el papel de los *Streptococcus* del grupo mutans en la desmineralización temprana subsuperficial, mientras que los *A. viscosus* y *Lactobacillus* comienzan a hacerse prevalentes en los estadios tardíos de la formación de la lesión.

Con respecto a la microbiología de las caries en esmalte en las superficies lisas, los microorganismos predominantes incluyen fundamentalmente *Streptococcus* del grupo mutans, así como también especies de *Actinomyces* y otras especies de *Streptococcus*, mientras que en las fosas y fisuras los microorganismos predominantes son los *Streptococcus* del grupo mutans principalmente *S. mutans* y *S. sobrinus*, además de *S. sanguis* y *Lactobacillus*. En las superficies interproximales predominan también los *Streptococcus* del grupo mutans, seguidos de los *Lactobacillus*. 21

Microbiología de la caries de dentina

La comunidad microbiana presente en las lesiones cariosas de dentina es diversa y contiene muchas bacterias anaerobias obligadas pertenecientes a los géneros *Actinomyces*, *Bifidobacterium*, *Eubacterium*, *Lactobacillus* y *Propionibacterium*.

Los Streptococcus del grupo mutans fueron identificados como las bacterias predominantes en la dentina proveniente de las caries de fosas y fisuras y de superficies lisas, pero no de caries radicular. A este nivel, especies de Actinomyces constituyen las bacterias más frecuentemente aisladas. Otras especies aisladas incluyeron: Streptococcus sanguis, Peptostreptococcus micros, Eubacterium alactolyticum, Saphylococcus aureus y Fusobacterium nucleatum. 21

Caries recurrente

La caries puede recurrir alrededor o debajo de restauraciones previas. Esto puede ser debido a la penetración de microorganismos alrededor del margen gingival de restauraciones mal selladas o a la incompleta remoción de bacterias durante la eliminación inicial del proceso carioso. Los Streptococcus del grupo mutans han sido aislados en alto número de lesiones recurrentes, mientras que los Lactobacillus son también encontrados cuando está afectada.

Es importante señalar que el tipo de restauraciones puede influir en el desarrollo de la microflora que determina la caries recurrente. Las amalgamas convencionales han sido sustituidas en muchas ocasiones por cementaciones de ionómeros de vidrio. Este material puede liberar flúor y plata dentro del ambiente, ejerciendo su efecto antibacteriano. 21

Caries de superficie radicular

Estudios recientes de la etiología de la caries radicular sugieren que la microbiota de la placa y la dentina radicular cariada es polimicrobiana para la iniciación de la caries en la superficie radicular con los *Actinomyces naeslundii*, haciendo contribuciones específicas al proceso de descomposición del cemento y la dentina, además de los *Streptococcus mutans* y los *Lactobacillus*, especies pertenecientes a los géneros *Actinomyces*, *Streptococcus*, *Bifidobacterium*, *Rothia*, *Veillonella* y *Cándida*, así como también algunas especies de *Enterococcus*.

Caries rampante

La caries rampante puede ocurrir en subgrupos particulares de personas que son especialmente susceptibles a la caries dental por varias razones, incluyendo pacientes con xerostomía que tienen una marcada reducción del flujo salival por radiaciones en cabeza y cuello, enfermedades autoinmunes como Síndrome de Sjögren y mediaciones. Adicionalmente estos pacientes, dada su condición ingieren dietas blandas, con alto contenido de sacarosa lo que coadyuva aún más a la aparición de las lesiones cariosas.

La caries rampante es también encontrada en otra situación específica que es la denominada "caries por alimentación infantil". Esto consiste en una rápida y excesiva pérdida de los dientes anteriores del maxilar superior, asociados con la prolongada y frecuente alimentación de niños con biberones conteniendo fórmulas con una alta concentración de carbohidratos fermentables, sobre todo al dejar los biberones en la boca durante las horas de sueño del niño. De esta forma las bacterias de la placa están recibiendo una continua provisión de substratos, lo que les permite producir grandes cantidades de ácidos. 21

Ingesta de alimentos y su relación con la caries

Debido que la dieta es uno de los factores etiológicos más importantes para el desarrollo de la caries dental, es fundamental que el Odontólogo investigue éste parámetro durante el examen del paciente.

Pero como la ingesta de alimentos y los hábitos de dieta son algunas de las actividades de mayor complejidad en el ser humano, no es sencillo evaluar siempre estos factores debido a que los pacientes no siempre son precisos al reportar sus hábitos y patrones de dieta. 21

Relación entre dieta y caries

Existe numerosas evidencias de que la ingesta frecuente de carbohidratos fermentables se encuentra asociada con la prevalencia de caries dental. La evidencia de que los azúcares están implicados en la patogénesis de la caries ha sido recolectada de estudios histórico, epidemiológicos, investigaciones clínicas en humanos y experimentaciones en animales.

Aunque la frecuencia de ingesta de azúcares parece ser un factor importante, debemos tener en cuenta que la cantidad de azúcar consumida por una población se encuentra relacionada con dicha frecuencia y por ende con la caries dental.

Sin embargo, existe cada vez mayor evidencia en la literatura que demuestra una correlación débil entre los hábitos de dieta y caries en los países industrializados, mientras que en los países en vías de desarrollo, la correlación entre ambos fenómenos es aparentemente importante.

Existen muchas posibles explicaciones para éstas variaciones, debemos recordar que la caries dental es una enfermedad multifactorial, y por ende, ninguna variable específica. Otros factores importantes, como la microflora bucal, factores salivales y varios factores de resistencia del huésped, en especial la utilización de los agentes fluorurados, deben ser considerados. 21

Debido a que existen microorganismos acidogénicos (en menor o mayor grado) en nuestra placa dental, la dieta puede considerarse un factor coadyuvante en la presencia de caries dental en nuestra cavidad bucal.

En primer lugar, cuando evaluamos el potencial cariogénico de la dieta, debemos tomar en cuenta el balance existente en la cavidad bucal entre los factores causantes de la enfermedad y los factores de defensa. Si alguno de los factores causantes prevalece, por ejemplo, gran cantidad de microorganismos acidogénicos, o si por otro lado, alguno de los mecanismos de defensa se encuentra afectada, por ejemplo, flujo salival disminuido, entonces, el factor dieta tendrá un fuerte impacto en el desarrollo y progresión de la enfermedad.

En segundo lugar, la dieta en sí debe ser considerada multifactorial. En otras palabras, que come y como come un individuo, son dos factores de la dieta que afectan la prevalencia de caries pero son, hasta cierto punto, independientes el uno del otro. 21

Saliva

La saliva es una secreción compleja. La mezcla de fluidos bucales provenientes principalmente de las glándulas salivales mayores (93 % de la secreción) y menores (7% de la secreción).

Adicionalmente, la saliva contiene un número de constituyentes como líquido crevicular, suero , células sanguíneas, bacterias y sus productos de comida y restos de expectoraciones bronquiales.

Aproximadamente el 99% de la saliva es agua. El uno por ciento restante consiste de moléculas orgánicas grandes (proteínas, glicoproteínas y lípidos), de moléculas orgánicas pequeñas (glucosa, úrea) y de electrolitos (sodio, potasio, calcio, cloro y fosfato). 21

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

La saliva tiene muchas funciones tales como proteger la integridad de la mucosa, eliminar restos alimenticios y bacterias de la cavidad bucal, neutralizar ácidos, acidificar bases y proveer de los iones necesarios para la remineralización de los tejidos dentinarios. Además, tiene propiedades antibacterianas, antifúngicas y antivirales. Adicionalmente, los componentes de la saliva facilitan la masticación, deglución y fonación así como las funciones sensoriales de la cavidad bucal. 21

Acción protectora de la saliva contra la caries dental

Se conoce ampliamente que la saliva tiene propiedades protectoras contra la caries dental. La evidencia más directa de ello es la ocurrencia de caries rampante en pacientes que sufren de xerostomía al ser tratados con radioterapia de cabeza y cuello. La incidencia de caries en éstos pacientes es tan explosiva que en pocas semanas las superficies dentales menos susceptibles son desmineralizadas llegando inclusive a la pérdida de la porción coronal del diente. Las principales propiedades de la saliva que protegen al diente son:

- La dilución y lavado de los azúcares de la dieta diaria.
- La neutralización y amortiguación de los ácidos de la placa dental.
- La provisión de los iones para el proceso de remineralización. 21

La dilución y eliminación de los azúcares de la dieta diaria

Se descubrió que luego de consumir carbohidratos sólidos en las comidas, la concentración de azúcares caían exponencialmente en el tiempo.

Los individuos con bajo flujo salival y por lo tanto con una eliminación lenta de los azúcares, pudiesen al mismo tiempo tener una retención más prolongada de sustancias fluoradas como pastas dentales y enjuagues y geles.

Neutralización y amortiguación de ácidos (capacidad buffer)

La ingesta de azúcares causa una baja de pH en la placa dental. Cuando la saliva es desviada externamente de la cavidad bucal con métodos de canulación de los ductos excretorios, la caída del pH en la placa dental al ingerir azúcares es mayor que cuando existe saliva presente. Sin embargo, si luego de la ingesta de azúcares estimulamos el flujo salival masticando cera de parafina o queso, hay una inmediata y dramática subida del pH y una baja en los niveles de ácido láctico en la placa dental.

Provisión de iones para la remineralización

Nuestros dientes no se disuelven en la saliva debido a que la saliva se encuentra sobresaturada con calcio, fosfato e iones hidróxilos; estos iones son los componentes de las sales minerales del diente. Los niveles de sobresaturación son aun mayores en la placa dental, sobre todo en la fase fluida extracelular, la cual, está en contacto directo con la superficie dentaria. En el equilibrio dinámico del proceso carioso, la sobresaturación de la saliva provee una barrera contra la desmineralización y un estímulo para la remineralización. El equilibrio se encuentra afectado por los fluoruros, los cuales, también influyen sobre éstos procesos. 21

Tratamiento

Eliminación total con excavador y las fresas dentales de esmalte, dentina y cemento cariados, reemplazo de la estructura del diente con material dental de restauración.

Existe gran variedad de técnicas de restauraciones clínicamente aceptables:

- ☐ Restauración con amalgama con retención mecánica creada en el diente.
- ☐ Resinas compuestas
- ☐ Ionómero de vidrio; se trata la dentina previamente con ácido cítrico o acondicionador de ácido poliacrílico.
- ☐ Puede estar indicado hacer toda la corona si la lesión es extensa, es decir prótesis dental .
- ☐ Durante mucho tiempo otras opciones han sido: incrustaciones de oro, plata o aleaciones de plata paladio, e incrustaciones de cerámica.
- ☐ Las lesiones cervicales incipientes han sido tratadas con éxito excavando, puliendo y aplicando una capa de barniz fluorado que contiene 5.0% de fluoruro y enjuague con solución remineralizadora.²²

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos mentales y del comportamiento son uno de los mayores problemas de Salud Mental Pública. Estos trastornos son frecuentes en las distintas sociedades y culturas; crean un alto nivel de discapacidad y de sufrimiento a las personas que los padecen y una considerable aflicción a nivel de amigos y familiares. Mientras la mayoría de las sociedades demuestran simpatía y un cierto nivel de asistencia a los que padecen discapacidad física, las actitudes hacia los enfermos mentales suponen demasiadas veces estigma y rechazo. 8

El paciente psiquiátrico tiene derecho a recibir atención médica y psicológica, a la rehabilitación médica, social y la educación para su formación individual que aseguren el aprovechamiento al máximo de sus facultades y aptitudes. Pero la falta de recursos, tanto económicos como humanos aún en centros de atención hospitalaria ha determinado la formación de una mentalidad en sus profesionales odontólogos totalmente alejada de lo que debe ser en estos pacientes.

Debido a que la atención bucodental es la única necesidad aún no cubierta en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes psiquiátricos hospitalizados, tanto en calidad como en cantidad ésta ha ido en aumento.

La atención hospitalaria por carecer en muchos casos de los servicios profesionales o programas adecuados a estos pacientes, se reduce por lo general a la realización de extracciones múltiples, generando serias iatrogenias en el aparato masticatorio así como alteraciones en la oclusión, deglución, fonación y también en la estética, lo más serio de esto es que en muchos casos ni siquiera será posible la posterior rehabilitación bucodental por no contar con los recursos para ello.

La Organización Mundial de la Salud ha fomentado de forma importante la investigación en el tratamiento de las personas con problemas mentales y ha llamado la atención sobre el hecho de que el acercamiento a estas personas debe ser fundamentalmente con igualdad de oportunidad de ser rehabilitado. Es por esto la necesidad de realizar investigación en el área odontológica y posteriormente crear programas aplicables a las instituciones de salud.

4. JUSTIFICACIÓN

El campo de la odontología no se ha preocupado por prevenir y promocionar la salud bucal de los pacientes psiquiátricos, solo ha considerado de forma muy limitada eliminar focos infecciosos y algún tipo de caries. En nuestra facultad ésta temática no se cubre o simplemente es revisada de forma muy superficial, incluyéndola como una pequeña variante dentro de la Odontología para el paciente "normal". Por lo general los alumnos egresan sabiendo someramente de su existencia y esto por haberlos visto alguna vez, e ignorando como abordarlos o como tratarlos, y posteriormente negándonos a darles atención en nuestra práctica profesional.

El poder realizar en éste rubro de la odontología tan olvidado por sus profesionistas, investigaciones para conocer la morbilidad bucal en estos pacientes, sus necesidades de atención y establecer programas educativos y preventivos, esperamos sea el inicio de una tarea que con el apoyo de instituciones de educación superior como lo es nuestra facultad y el apoyo del sector salud logremos beneficios que se van a traducir en una mejor salud bucodental en estos enfermos.

5. HIPÓTESIS

- El estado de salud bucal de los pacientes psiquiátricos se caracteriza por una deficiencia en la higiene bucal y consecuentemente un alto índice de caries.

Hipótesis Nula

- El estado de salud bucal de los pacientes psiquiátricos se caracteriza por una buena higiene bucal y consecuentemente un bajo índice de caries.

6. OBJETIVOS

6. I General:

- Conocer el estado de salud bucal de los pacientes psiquiátricos hospitalizados.

6. II Específicos:

- Determinar la prevalencia de caries por indicador COP y por componentes del índice en población psiquiátrica en el hospital Fray Bernardino Álvarez por edad y sexo.
- Conocer la frecuencia de diferentes enfermedades psiquiátricas y el tratamiento que tiene la población de estudio.
- Identificar la presencia de patologías bucales en pacientes psiquiátricos.

7. VI CRITERIOS

7. VI. 1 Criterios de inclusión:

1. Pacientes de ambos sexos hospitalizados en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".
2. De edad comprendida de 18 años en adelante.

7. VI. 2 Criterios de exclusión:

1. Pacientes hospitalizados en el área intensiva

7. VII RECURSOS

7. VII. 1 Recursos Humanos:

Dos pasantes de la carrera de odontología .

Un tutor y dos asesoras , ambas cirujanas dentistas

Pacientes psiquiátricos hospitalizados.

7. VII. 2 Recursos Físicos o de Infraestructura :

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

Facultad de Odontología.

Biblioteca de la facultad de Odontología

Libros, Revistas e Internet.

Computadora.

Disquettes de 3 $\frac{1}{2}$.

123 Historias Clínicas.

Lápices, bolígrafos y marcadores.

Block milimétrico.

Hojas blancas para impresión.

Calculadora

Cámara de 35mm.

Rollo para diapositivas

8. RESULTADOS

La Población de estudio estuvo constituida en un 53% de hombres y el 47% mujeres. (Tabla y gráfica No.1).

En los pacientes se encontró que el 47% padece Esquizofrenia Paranoide, siguiendo el Trastorno psicótico con un 11.38%, Esquizofrenia desorganizada 8.94%, Depresión 8.94%, Retraso mental 7.31%, Trastorno bipolar 5.69%, Delirium 4.06%, Demencia 2.43% y Trastorno por cocaína 2.43%. (Tabla y gráfica No. 2).

Así también los pacientes presentaron diferentes enfermedades bucales como gingivitis presente en un 50.4%, periodontitis 32.5%, candida 0.81% y cálculo supragingival 42.2% (Tabla y gráfica No. 3).

Todos los pacientes estan bajo tratamiento médico, siendo los fármacos más utilizados, antipsicóticos 91%, Antiparkinsonianos 69%, antidepresivos 61.7% y antiépiléticos 6.5% (Tabla y gráfica No. 4).

Las edades de la población total se midieron por intervalos, de los cuales la prevalencia fue: De 18 –28 años 34.1%, de 29 – 38 años 32.5%, de 39 – 48 años 17.8%, de 49 –58 años 9.75%, de 59 –68 años 4.06%, de 69 – 78 y 79 – 88 años 0.81% cada una. (Tabla y gráfica No. 5)

A continuación se van a presentar las **variables de estudio por sexo**. Las edades de los **hombres** están comprendidas entre los 18 y 58 años de edad, ocupando el 40% los hombres de 18 –28 años, 36.9% los de 29 –38 años, 21.5% los de 39 – 48 años y el 1.53% los de 49 – 58 años. (Tabla y gráfica No. 6)

Los padecimientos psiquiátricos más frecuentes en el sexo masculino, en el cual se encontró que el padecimiento psiquiátrico más frecuente fue E. paranoide con una prevalencia de 58.4%, siguiendo el Trastorno psicótico 10.7%, depresión 9.23% retraso mental 6.15%, trastorno bipolar 6.15%, E. desorganizada 3.07%, delirium 3.07%, T. por cocaína 1.53%, epilepsia 1.54%, no se encontraron casos de demencia. (Tabla y gráfica No. 7).

Con respecto a los padecimientos bucales el más representativo fue gingivitis (49.2%), siguiendo periodontitis (27.6%), cálculo supragingival (38.4%) y candida (1.5%). (Tabla y gráfica No. 8).

El 98.4% de los pacientes del sexo masculino está bajo tratamiento con antipsicóticos, el 76.9% con antiparkinsonianos, el 58.4% con antiepilépticos y el 9.2% con antidepresivos. (Tabla y gráfica No. 9).

En relación al sexo **femenino** las edades están comprendidas entre los 18 y 88 años teniendo mayor prevalencia la edad entre 18 – 28 años con un 27.5% (Tabla y gráfica No. 10)

El padecimiento psiquiátrico más frecuente fue la E. paranoide (34.4%), siguiendo E. desorganizada (15.5%), T. Psicótico (12%), depresión y retraso mental (8.6%) cada una, delirium, T. bipolar y demencia (5.17%) cada una, trastorno por cocaína (3.4%), epilepsia (1.72%). (Tabla y gráfica No. 11).

El 51.7% de las mujeres presentó gingivitis, el 37.9% periodontitis y el 46.5% cálculo supragingival. No hubo casos de candida (Tabla y gráfica No. 12).

El 82.7% de las pacientes esta bajo tratamiento con antipsicóticos, el 60.3% con antiparkinsonianos, el 65.5% con antiepilépticos y el 3.44% con antidepresivos (Tabla y gráfica No. 13).

Ahora haremos la descripción de las **variables de estudio por edades**:

El padecimiento psiquiátrico más frecuente en el **sexo masculino** de 18 – 28 años fue E. Paranoide (50%), siguiendo depresión (15.3%), T. Psicótico (11.5%), E. desorganizada y retraso mental (7.69%) cada una, trastorno bipolar y trastorno por cocaína (3.84%) cada una. No se encontraron casos de delirium, demencia y epilepsia. En los pacientes de 29 – 38 años el padecimiento más frecuente fue E. Paranoide (62.5%), siguiendo el T. Bipolar (12.5%), depresión (8.33%), retraso mental, delirium. T. psicótico y epilepsia con 4.16% cada una; no se encontraron casos de E. desorganizada, demencia y trastorno por cocaína. En los pacientes de 39 – 48 años el padecimiento más frecuente fue E. Paranoide (64.2%), siguiendo el T. Psicótico con 21.4%, retraso mental y delirium con 7.14%,

cada una; no se encontraron casos de E. desorganizada, depresión, trastorno bipolar, demencia, trastorno por cocaína y epilepsia.

En el último rango de edad (49 – 58 años) solo hubo un paciente el cual padece E. Paranoide. (Tabla y gráfica No. 14).

En cuanto a enfermedades bucales de los hombres de 18 a 28 años existe mayor prevalencia de gingivitis (46.1%) y le sigue el cálculo supragingival (34.6%), periodontitis y candida. En los pacientes de 29 – 38 años sucede el mismo caso. En pacientes de 39 – 48 años existe igualdad de prevalencia de enfermedad gingival como periodontal con un porcentaje de 42.8, sin embargo el cálculo supragingival prevalece en un 50%. En los pacientes de edad comprendida entre 49 –58 años sólo se presentó un paciente el cual padece de gingivitis, periodontitis y cálculo supragingival (Tabla 15 y gráfica No. 14).

La medicación en pacientes hombres de edades comprendidas entre 18 – 28, 39 –48 y de 49 –58 años en un 100% de antipsicóticos, aunque no solo consumen este tipo de medicamento (Tabla 16 y gráfica No. 15).

Con respecto al **sexo femenino** las edades encontradas son de 18 a 88 años de los cuales el mayor porcentaje se encuentra entre los 18 y 38 años con un 27.5% cada una. (Tabla 17 y gráfica 16).

Los padecimientos psiquiátricos más frecuentes de acuerdo a su edad fueron: En pacientes de 18 –28 años E. Paranoide (31.2%) y retraso mental y trastorno psicótico con un 18.7% cada una. En la edad de 29 –38 años la más frecuente fue la E. Paranoide (50%) y la depresión y trastorno psicótico ambas con un porcentaje de 12.5%. En la edad de 39 –48 años la E. Paranoide fue la más frecuente (37.5%) y le sigue el trastorno psicótico con 25%. De 49 –58 años la mayor prevalencia está en la E. desorganizada (36.3%) y luego la E. Paranoide con 27.2%. En la edad de 59 – 68 años hubo 5 pacientes los cuales cada uno presentó un padecimiento distinto. Y en el último rango de edad de 69 – 88 años solo se presentó demencia. (Tabla No. 18).

La prevalencia de enfermedades bucales de mujeres en los diferentes rangos de edad es: De 18 – 28 y de 29 –38 años la más representativa fue la gingivitis (62.5%), de 39 –48 años también es la gingivitis con un 50%, de 49 –58 años predominaron la periodontitis y el cálculo supragingival con un 45.4% cada una. En la edad de 59 –68 años la gingivitis y la periodontitis se presentaron en un 40% y en el último rango de edad de 69 – 88 años sólo se presentó cálculo supragingival en un 100%. (Tabla 19 y gráfica No. 17).

En cuanto a medicamentos que consumen las mujeres hubo diferencias de acuerdo a la edad. En mujeres de 18 –28 años el medicamento de mayor elección preescrita son los antipsicóticos con un 93.7%, siguiendo el antiepiléptico con un 56.2%. En las mujeres de 29 – 38 años la prevalencia de medicamentos fue en los antipsicóticos y antiepilépticos en un 75% cada una. En la edad de 39 a 48 años de edad sucede el mismo caso, pero con un porcentaje de 81.8%. En las edades comprendidas entre 59 y 68 años los medicamentos de mayor prevalencia son los antipsicóticos y antiepilépticos en un 60% cada uno. Y en el último rango de edad (69 – 88 años) los fármacos de mayor elección son los antipsicóticos y antiepilépticos en un 100% (Tabla 20 y gráfica No. 18).

En lo que respecta al levantamiento del **índice CPO** para el total de la población estudiada se encontró una prevalencia de los componentes del CPOD correspondiente a:

Dientes cariados con un promedio de 7.1 para cada uno de los integrantes de ambos sexos con una desviación estándar de 1.4. Los dientes perdidos por caries dental tuvieron un promedio de 2.8 para cada uno de ellos con una desviación estándar de 1.25. En dientes obturados se reportó un promedio de 3.4 dientes con una desviación estándar de 1.5. (Tabla 21 y gráfica 19).

De acuerdo al sexo los hombres tuvieron un promedio CPOD de: cariado 8.6 con una desviación estándar de 4.9 lo cual implica que cada uno de los integrantes de la muestra tiene 8.6 dientes cariados, con respecto a los dientes perdidos el promedio fue de 1.6 dientes por cada integrante con una desviación estándar de 3.3. Para los obturados se encontró que los pacientes tenían 1.9 dientes en promedio con esta característica, reportándose aquí una desviación estándar de 2.9. (Tabla 22 y gráfica 20).

La prevalencia en el sexo femenino del índice CPOD fue de: Dientes cariados presentaron un promedio de 5.7 con una desviación estándar de 4. En los dientes perdidos en las mujeres se reportó un promedio de 4.1 con una desviación estándar de 5.2, y con respecto a los dientes obturados presentaron un promedio de 4.9 con una desviación estándar de 5.8. (Tabla 23 y gráfica 21).

De acuerdo a la edad los hombres de 18 –28 años tuvieron un promedio CPOD de cariado 9.11, perdido 0.61 y obturado .196. De 29 a 38 años el promedio fue: cariado 7.95, perdido 1.33 y obturado 2.37. De 39 a 48 años el promedio fue: cariado 8.64, perdido 3.28 y obturado 1.14. En el último rango los promedios fueron: cariado y perdido 11 cada uno y obturado de 0. (Tabla 24 y gráfica 22).

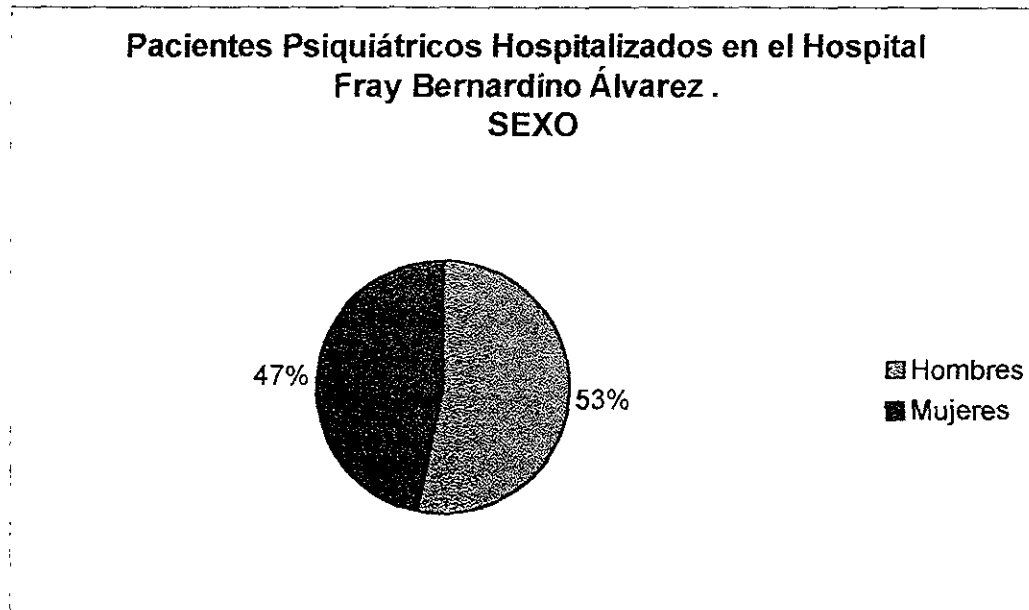
En el sexo femenino el índice CPOD de acuerdo a la edad se promedio fue: de 18 –28 años: cariado 7.43, perdido 0.43 y obturado 5.37. De 29 – 38 años cariado 4.87, perdido 3.56 y obturado 4.18. De 39 a 48 años cariado 5.62, perdido 5.37 y obturado 3.12. En mujeres de 49 – 58 años: cariado 4.63, perdido 6.27 y obturado 6.18. En la edad de 59 a 68 años: cariado 6, perdido 8 y obturado 5 y en el último rango de edad fue: cariado 1, perdido 10.5 y obturado 3.54. (Tabla 25 y gráfica 23).

Cabe mencionar que se observó que en los intervalos de edades en hombres el mayor promedio se presentó en caries y en mujeres el mayor promedio se encuentra muy variado.

TABLA 1. Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

| SEXO | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|---------|---------------|------------|
| Hombres | 65 | 53 |
| Mujeres | 58 | 47 |
| Total | 123 | 100 |

FUENTE. Directa
GRÁFICA 1.



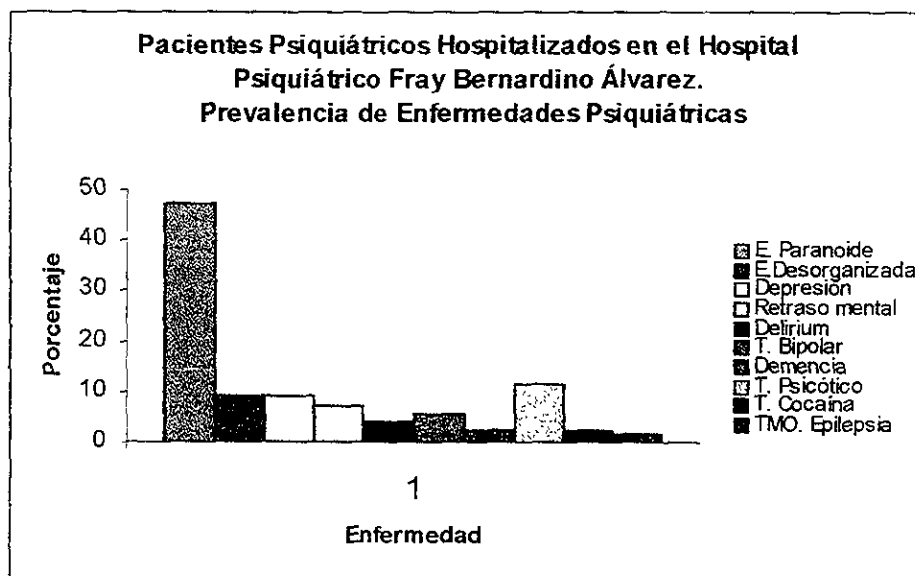
Fuente: Directa

**TABLA 2. Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Fray Bernardino Álvarez.
Prevalencia de Enfermedades Psiquiátricas.**

| PADECIMIENTO | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|-----------------|---------------|------------|
| E. Paranoide | 58 | 47.1 |
| E.Desorganizada | 11 | 8.94 |
| Depresión | 11 | 8.94 |
| Retraso mental | 9 | 7.31 |
| Delirium | 5 | 4.06 |
| T. Bipolar | 7 | 5.69 |
| Demencia | 3 | 2.43 |
| T. Psicótico | 14 | 11.38 |
| T. Cocaína | 3 | 2.43 |
| TMO. Epilepsia | 2 | 1.62 |
| Total | 123 | 100 |

FUENTE: Directa

GRÁFICA 2



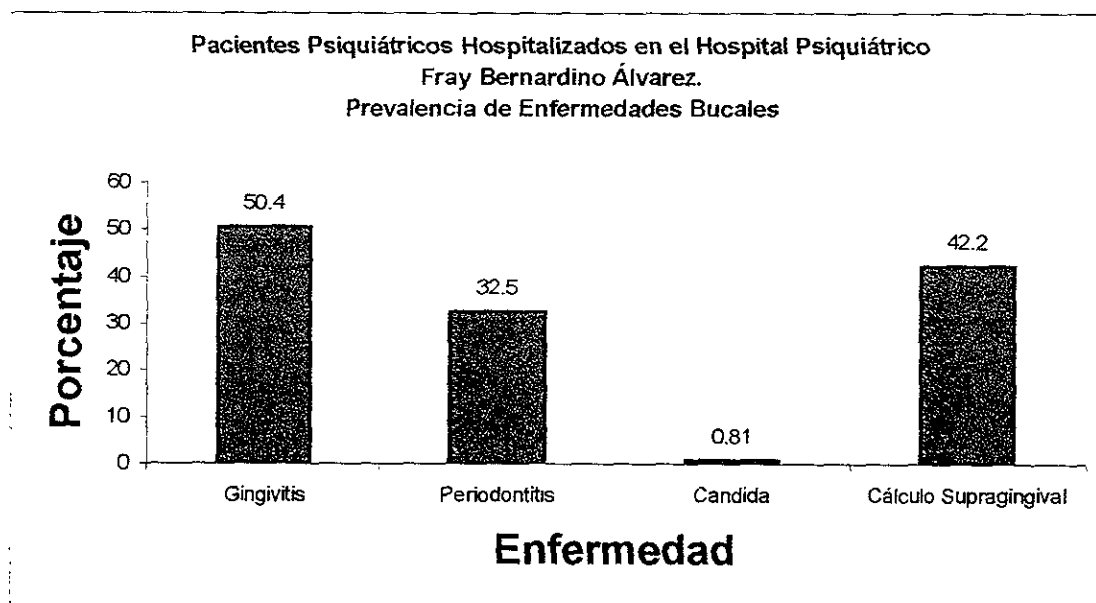
Fuente: Directa

**TABLA 3. Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Fray Bernardino Álvarez
Prevalencia de Enfermedades Bucales**

| PADECIMIENTO BUCAL | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|-----------------------|---------------|------------|
| Gingivitis | 62 | 50.4 |
| Periodontitis | 40 | 32.5 |
| Candida | 1 | 0.81 |
| Cálculo Supragingival | 52 | 42.2 |
| Total | 123 | 100 |

Fuente: Directa

GRÁFICA 3



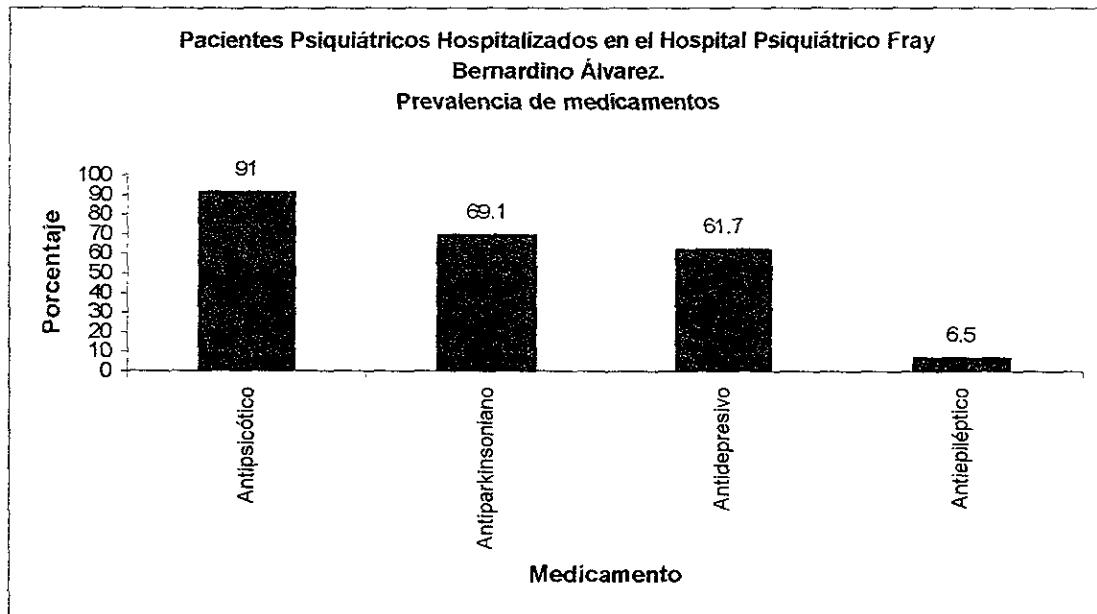
Fuente: Directa

TABLA 4 Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Prevalencia de Medicamentos

| MEDICAMENTO | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|-------------------|---------------|------------|
| Antipsicótico | 112 | 91.0 |
| Antiparkinsoniano | 85 | 69.1 |
| Antidepresivo | 76 | 61.7 |
| Antiepiléptico | 8 | 6.5 |

FUENTE: Directa

GRAFICA 4.



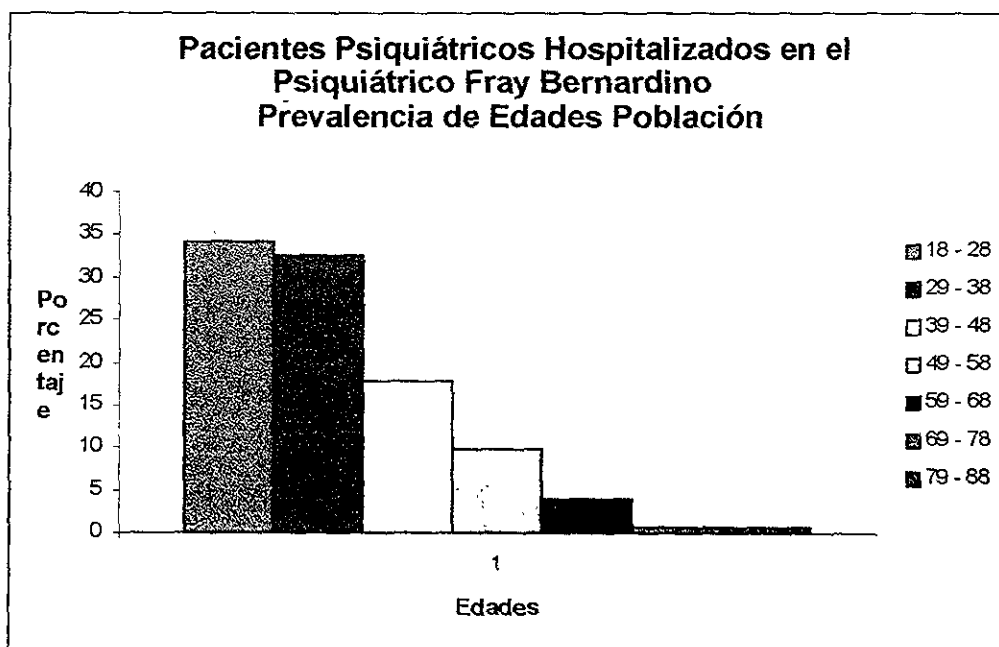
Fuente: Directa

TABLA 5 Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Prevalencia de Edades Población Total

| Edad | No. pacientes | Porcentaje |
|--------------|---------------|------------|
| 18 - 28 | 42 | 34.1 |
| 29 - 38 | 40 | 32.5 |
| 39 - 48 | 22 | 17.8 |
| 49 - 58 | 12 | 9.75 |
| 59 - 68 | 5 | 4.06 |
| 69 - 78 | 1 | 0.81 |
| 79 - 88 | 1 | 0.81 |
| Total | 123 | 100 |

FUENTE: Directa

GRÁFICA 5

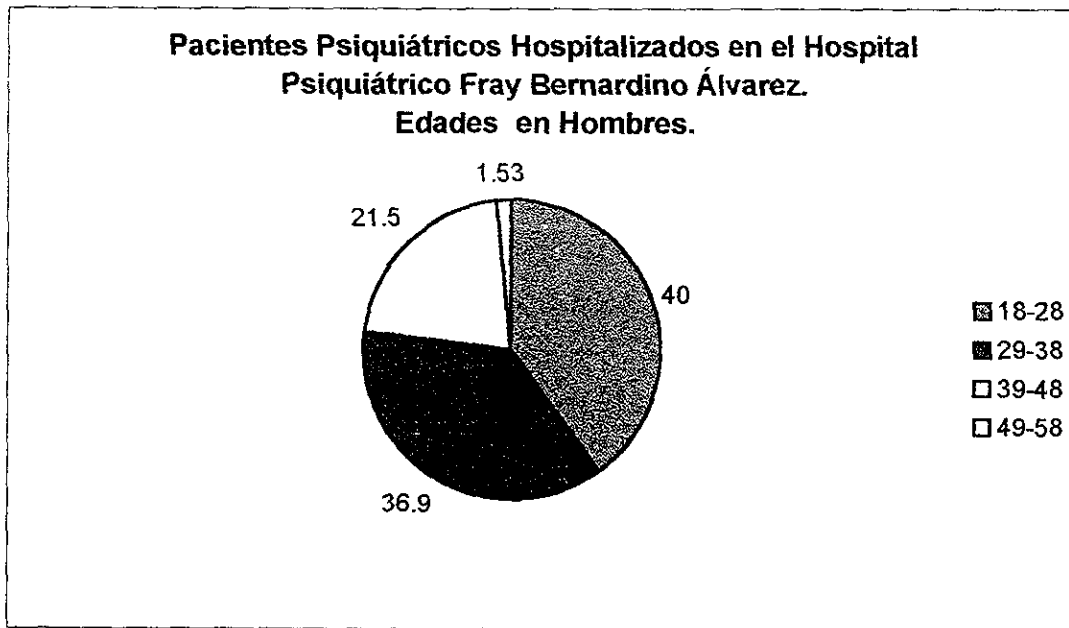


FUENTE: Directa

TABLA 6. Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Edades en Hombres

| Edad | No. Pacientes | Porcentaje |
|--------------|---------------|------------|
| 18 - 28 | 26 | 40 |
| 29 - 38 | 24 | 36.9 |
| 39 - 48 | 14 | 21.5 |
| 49 - 58 | 1 | 1.53 |
| Total | 65 | 100 |

FUENTE: Directa
GRÁFICA 6.



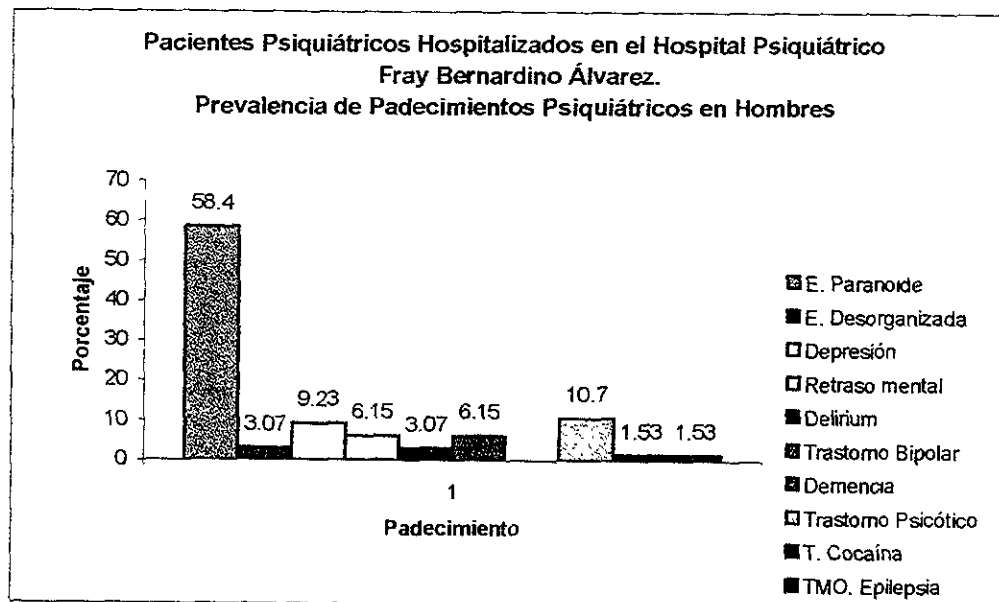
Fuente: Directa

**TABLA 7 Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
Prevalencia de Padecimientos Psiquiátricos en Hombres**

| Padecimiento | No. Pacientes | Porcentaje |
|---------------------|---------------|------------|
| E. Paranoide | 38 | 58.4 |
| E. Desorganizada | 2 | 3.07 |
| Depresión | 6 | 9.23 |
| Retraso mental | 4 | 6.15 |
| Delirium | 2 | 3.07 |
| Trastorno Bipolar | 4 | 6.15 |
| Demencia | 0 | 0 |
| Trastorno Psicótico | 7 | 10.7 |
| T. Cocaína | 1 | 1.53 |
| TMO. Epilepsia | 1 | 1.53 |
| Total | 65 | 100 |

FUENTE: Directa

GRÁFICA 7

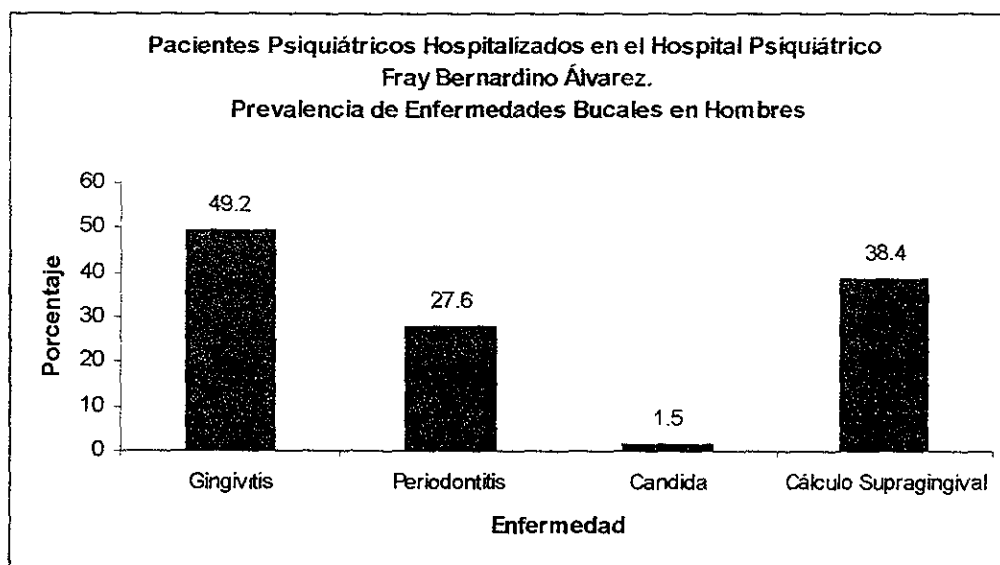


Fuente: Directa

TABLA 8. Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Prevalencia de Enfermedades Bucales en Hombres

| Enfermedad Bucal | No. Pacientes | Porcentaje |
|-----------------------|---------------|------------|
| Gingivitis | 32 | 49.2 |
| Periodontitis | 18 | 27.6 |
| Candida | 1 | 1.5 |
| Cálculo Supragingival | 25 | 38.4 |

GRÁFICA 8.



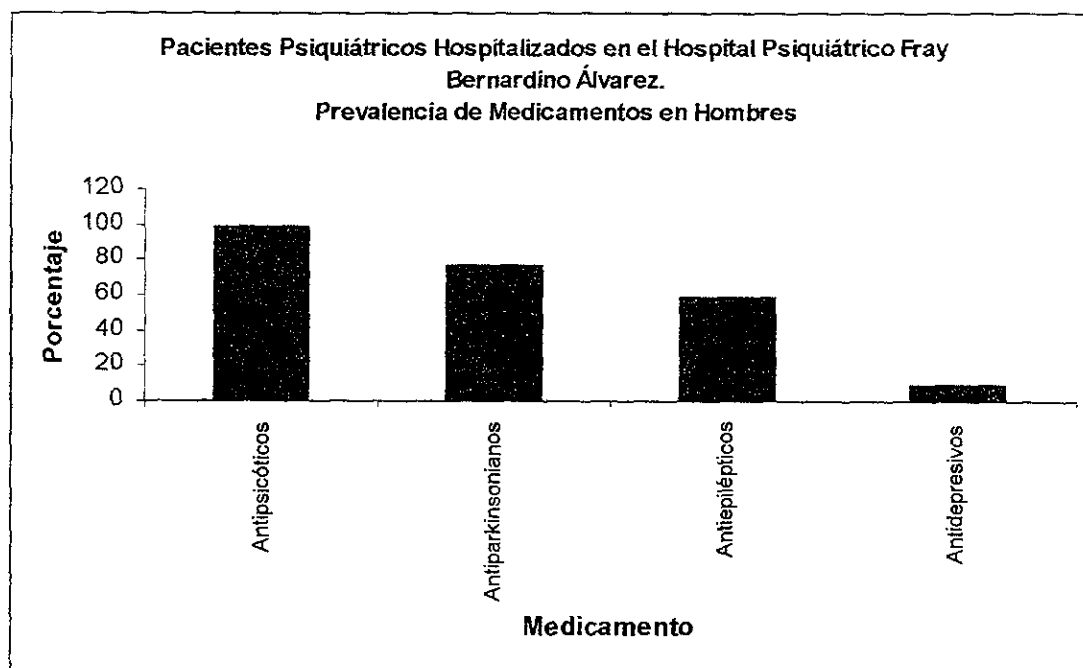
Fuente: Directa

TABLA 9. Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Prevalencia de Medicamentos en Hombres

| MEDICAMENTO | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------------|---------------|------------|
| Antipsicóticos | 64 | 98.4 |
| Antiparkinsonianos | 50 | 76.9 |
| Antiepilépticos | 38 | 58.4 |
| Antidepresivos | 6 | 9.2 |

FUENTE: Directa

GRÁFICA 9.



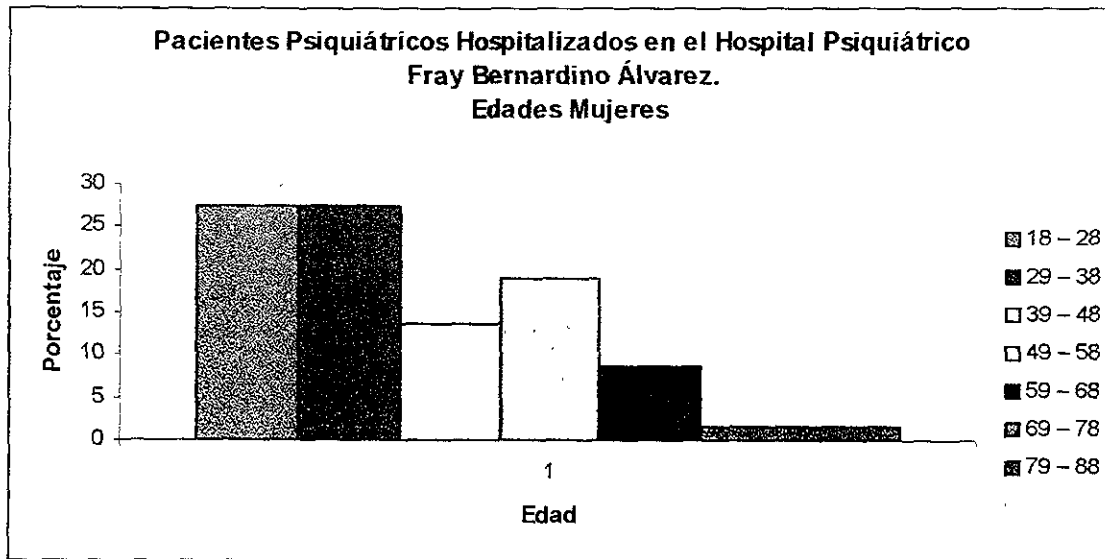
FUENTE: Directa

TABLA 10 Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Edades en Mujeres.

| Edad | No. Pacientes | Porcentaje |
|--------------|---------------|------------|
| 18 – 28 | 16 | 27.5 |
| 29 – 38 | 16 | 27.5 |
| 39 – 48 | 8 | 13.7 |
| 49 – 58 | 11 | 18.9 |
| 59 – 68 | 5 | 8.62 |
| 69 – 78 | 1 | 1.72 |
| 79 – 88 | 1 | 1.72 |
| Total | 58 | 100 |

FUENTE: Directa

GRÁFICA No. 10



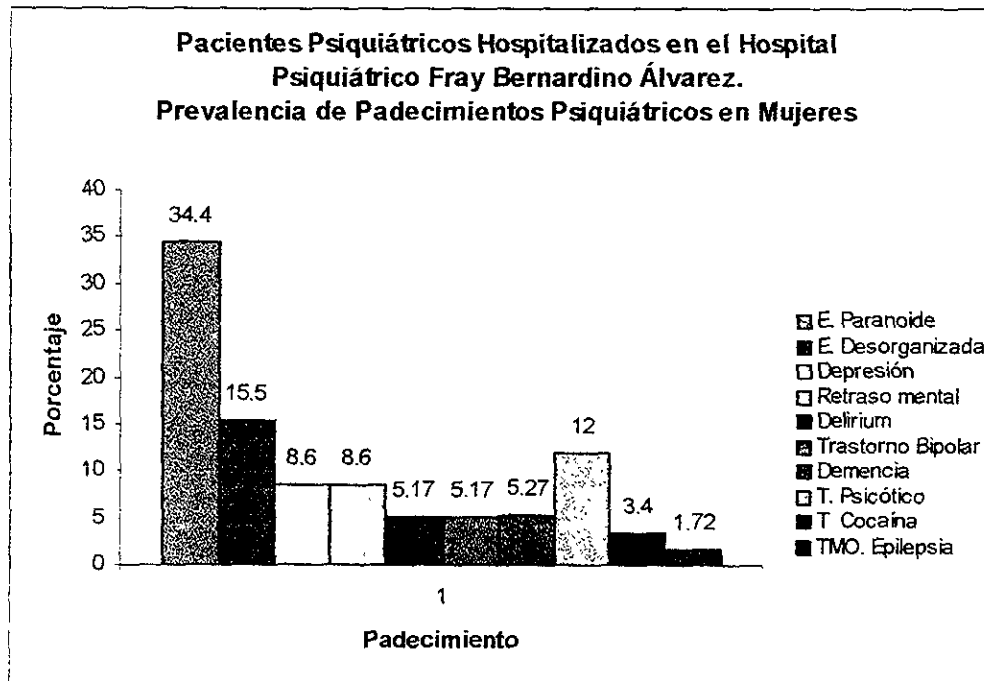
FUENTE: Directa

**TABLA 11 Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
Prevalencia de Padecimientos Psiquiátricos en Mujeres**

| Padecimiento | No. Pacientes | Porcentaje |
|-------------------|---------------|------------|
| E. Paranoide | 20 | 34.4 |
| E. Desorganizada | 9 | 15.5 |
| Depresión | 5 | 8.6 |
| Retraso mental | 5 | 8.6 |
| Delirium | 3 | 5.17 |
| Trastorno Bipolar | 3 | 5.17 |
| Demencia | 3 | 5.27 |
| T. Psicótico | 7 | 12.0 |
| T. Cocaína | 2 | 3.4 |
| TMO. Epilepsia | 1 | 1.72 |
| Total | 58 | 100 |

FUENTE: Directa

GRAFICA 11



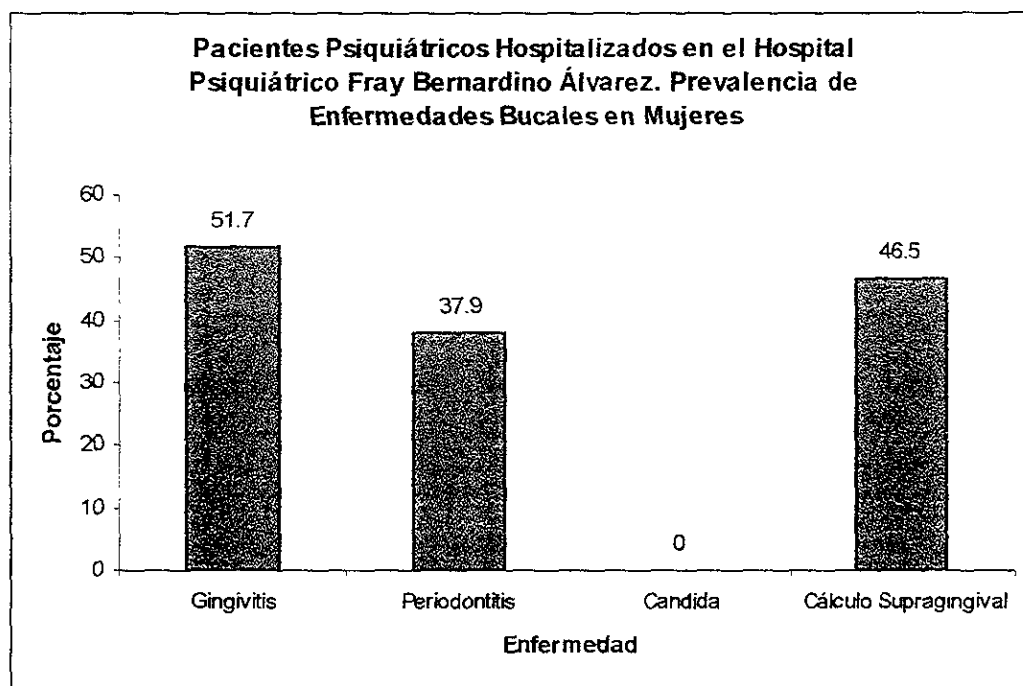
Fuente: Directa

TABLA 12. Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Prevalencia de Enfermedades Bucales en Mujeres

| Padecimiento Bucal | No. Pacientes | Porcentaje |
|-----------------------|---------------|------------|
| Gingivitis | 30 | 51.7 |
| Periodontitis | 22 | 37.9 |
| Candida | 0 | 0 |
| Cálculo Supragingival | 27 | 46.5 |

FUENTE: Directa

GRÁFICA 12.



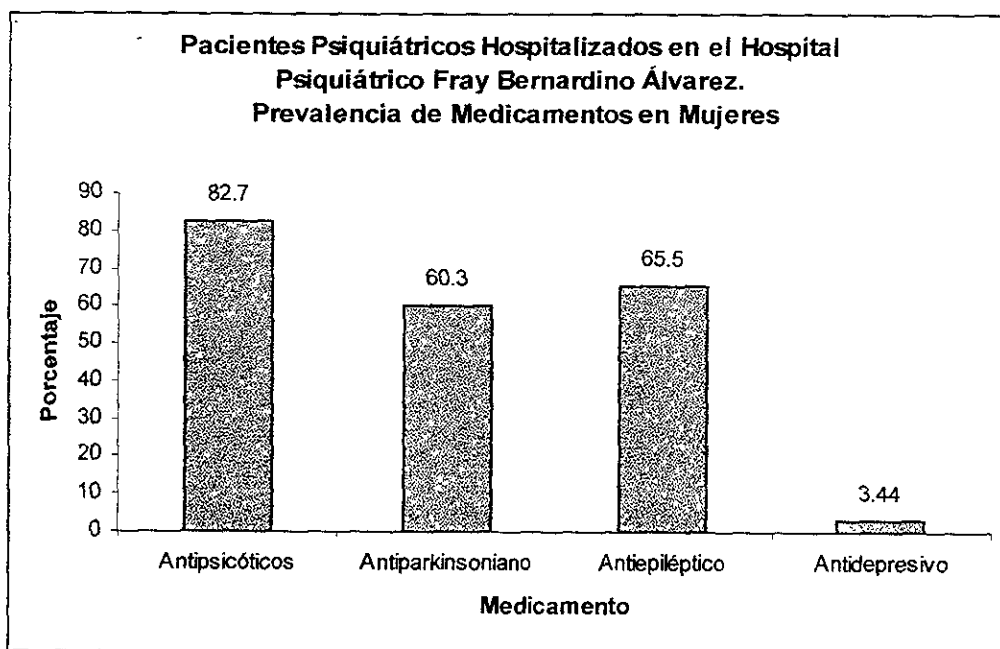
Fuente: Directa

TABLA 13. Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
Prevalencia de Medicamentos en Mujeres

| MEDICAMENTO | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------------|---------------|------------|
| Antipsicóticos | 48 | 82.7 |
| Antiparkinsonianos | 35 | 60.3 |
| Antiepilépticos | 38 | 65.5 |
| Antidepresivos | 2 | 3.44 |

FUENTE: Directa

GRÁFICA 13



Fuente: Directa

**TABLA 14. Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
Prevalencia de Padecimientos Psiquiátricos Hospitalizados: Hombres por Edades**

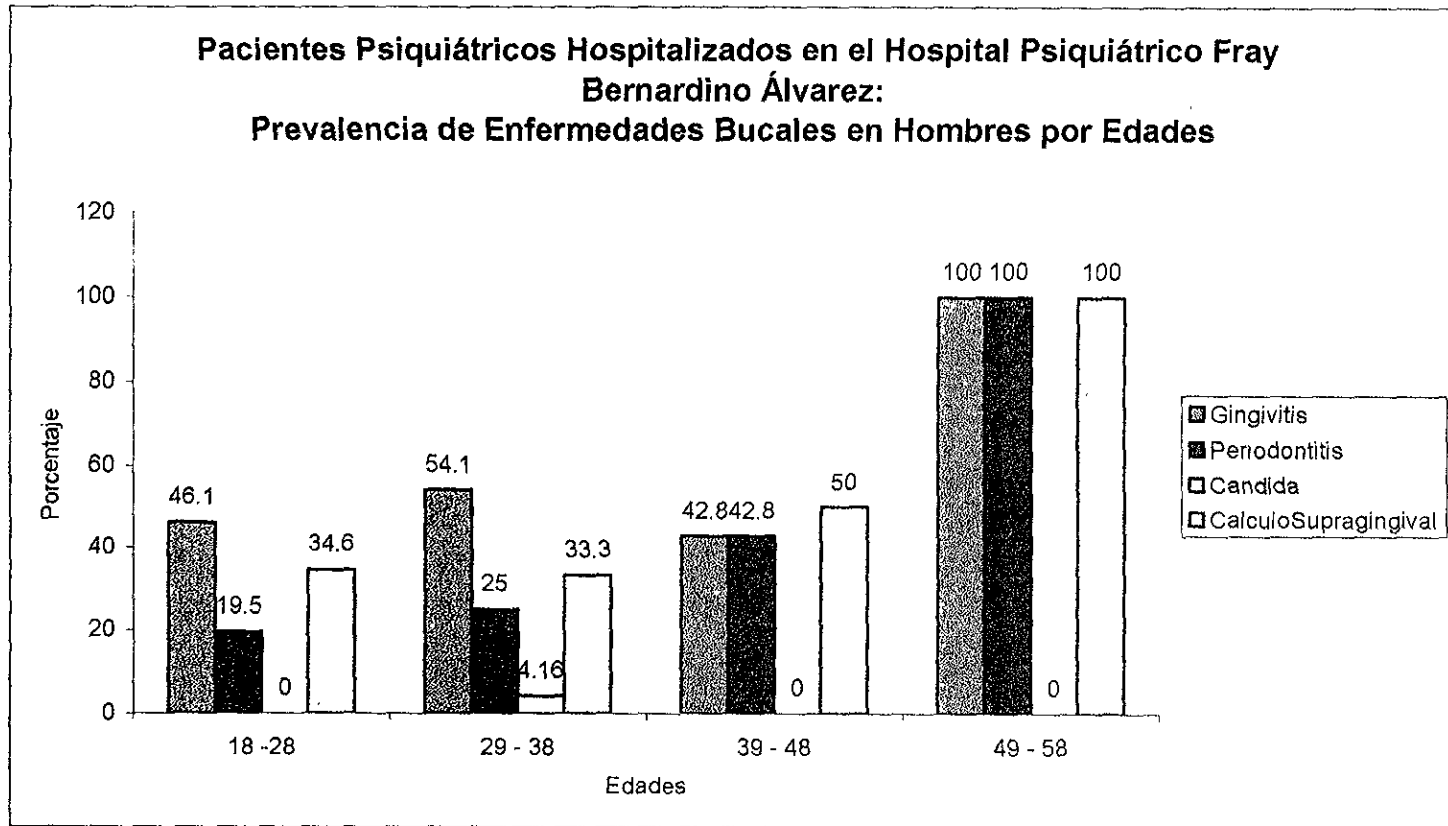
| | | | | | | | | | | |
|---------------------|-------------|-----------------|-----------|----------|----------|-----------|----------|-------------|-----------|--------------|
| Padecimiento | E.Paranoide | E.Desorganizada | Depresión | R.Mental | Delirium | T.Bipolar | Demencia | T.Psicótico | T.Cocaína | TMOEpilepsia |
| Edades | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 |
| N. Pacientes | 13 | 2 | 4 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | 1 | 0 |
| Porcentaje | 50 | 7.69 | 15.3 | 7.69 | 0 | 3.84 | 0 | 11.5 | 3.84 | 0 |
| Padecimiento | E.Paranoide | E.Desorganizada | Depresión | R.Mental | Delirium | T.Bipolar | Demencia | T.Psicótico | T.Cocaína | TMOEpilepsia |
| Edades | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 |
| N. Pacientes | 15 | 0 | 2 | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Porcentaje | 62.5 | 0 | 8.33 | 4.16 | 4.16 | 12.5 | 0 | 4.16 | 0 | 4.16 |
| Padecimiento | E.Paranoide | E.Desorganizada | Depresión | R.Mental | Delirium | T.Bipolar | Demencia | T.Psicótico | T.Cocaína | TMOEpilepsia |
| Edades | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 |
| N. Pacientes | 9 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| Porcentaje | 64.2 | 0 | 0 | 7.14 | 7.14 | 0 | 0 | 21.4 | 0 | 0 |
| Padecimiento | E.Paranoide | E.Desorganizada | Depresión | R.Mental | Delirium | T.Bipolar | Demencia | T.Psicótico | T.Cocaína | TMOEpilepsia |
| Edades | 49 - 58 | 49 - 59 | 49 - 59 | 49 - 59 | 49 - 59 | 49 - 59 | 49 - 59 | 49 - 59 | 49 - 59 | 49 - 59 |
| N. Paciente | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Porcentaje | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**TABLA 15 Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Psiquiátricos Fray Bernardino Álvarez.
Prevalencia de Enfermedades Bucales : Hombres por Edades.**

| | | | | |
|--------------------|------------|---------------|---------|-----------------------|
| Padecimiento Bucal | Gingivitis | Periodontitis | Candida | Cálculo Supragingival |
| Edades | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 |
| N. Pacientes | 12 | 5 | 0 | 9 |
| Porcentaje | 46.1 | 19.5 | 0 | 34.6 |
| Padecimiento Bucal | Gingivitis | Periodontitis | Candida | Cálculo Supragingival |
| Edades | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 |
| N. Pacientes | 13 | 6 | 1 | 8 |
| Porcentaje | 13 | 6 | 1 | 8 |
| Padecimiento Bucal | Gingivitis | Periodontitis | Candida | Cálculo Supragingival |
| Edades | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 |
| N. Pacientes | 6 | 6 | 0 | 7 |
| Porcentaje | 42.8 | 42.8 | 0 | 50 |
| Padecimiento Bucal | Gingivitis | Periodontitis | Candida | Cálculo Supragingival |
| Edades | 49 - 58 | 49 - 58 | 49 - 58 | 49 - 58 |
| N. Pacientes | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Porcentaje | 100 | 100 | 0 | 100 |

FUENTE:Directa

GRÁFICA 14.



Fuente: Directa

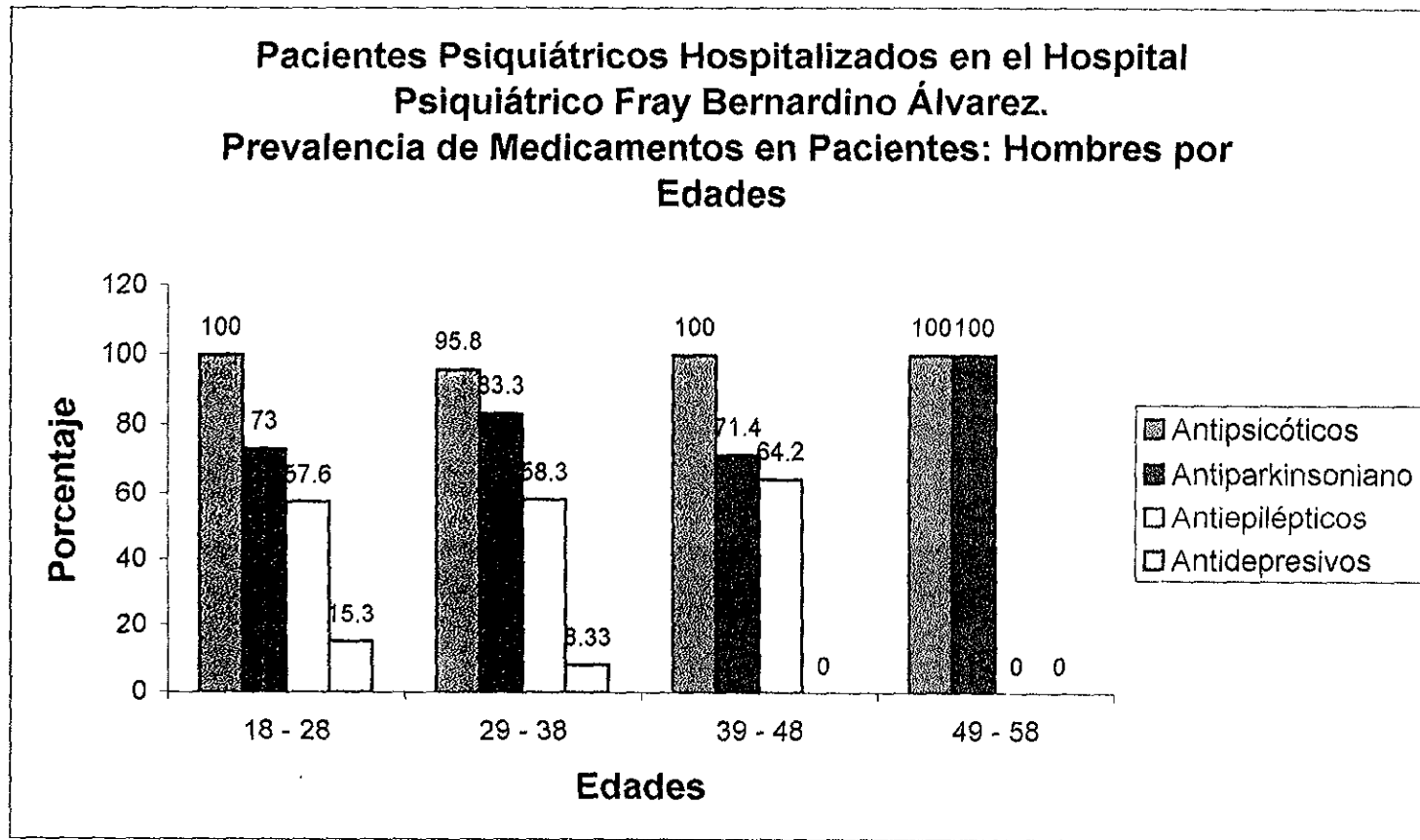
TABLA 16. Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Fray Bernardino Álvarez.

Prevalencia de Medicamentos en Pacientes: Hombres por Edades

| | | | | |
|--------------|---------------|-------------------|----------------|---------------|
| Medicamento | Antipsicótico | Antiparkinsoniano | Antiepiléptico | Antidepresivo |
| Edades | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 |
| N. Pacientes | 26 | 19 | 15 | 4 |
| Porcentaje | 100 | 73 | 57.6 | 15.3 |
| Medicamento | Antipsicótico | Antiparkinsoniano | Antiepiléptico | Antidepresivo |
| Edades | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 |
| N. Pacientes | 23 | 20 | 14 | 2 |
| Porcentaje | 95.8 | 83.3 | 58.3 | 8.33 |
| Medicamento | Antipsicótico | Antiparkinsoniano | Antiepiléptico | Antidepresivo |
| Edades | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 |
| N. Pacientes | 14 | 10 | 9 | 0 |
| Porcentaje | 100 | 71.4 | 64.2 | 0 |
| Medicamento | Antipsicótico | Antiparkinsoniano | Antiepiléptico | Antidepresivo |
| Edades | 49 - 58 | 49 - 58 | 49 - 58 | 49 - 58 |
| N. Pacientes | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Porcentaje | 100 | 100 | 0 | 0 |

FUENTE:Directa

GRÁFICA 15.

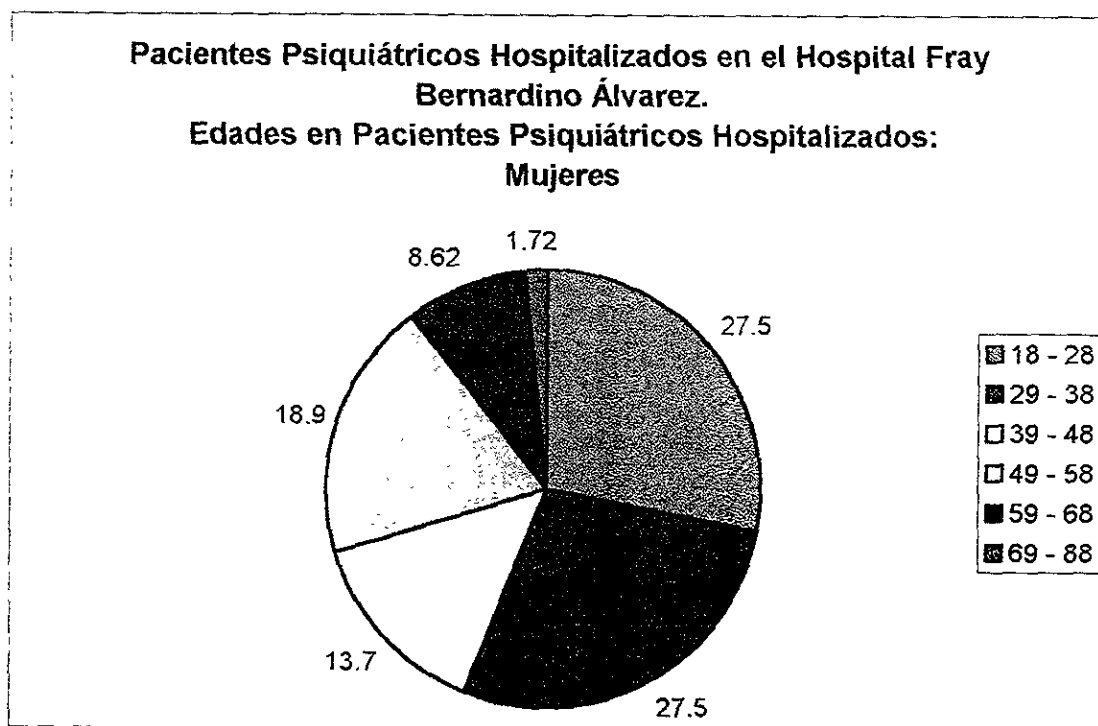


Fuente: Directa

**TABLA 17 Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
Edades en Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados: Mujeres**

| Edad | 18 - 28 | 29 - 38 | 39 - 48 | 49 - 58 | 59 - 68 | 69 - 88 |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| N.Pacientes | 16 | 16 | 8 | 11 | 5 | 2 |
| Porcentaje | 27.5 | 27.5 | 13.7 | 18.9 | 8.62 | 1.72 |

GRÁFICA 16



Fuente:Directa

TABLA 18 Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
Prevalencia de Enfermedades Psiquiátricas : Mujeres por Edades

| | | | | | | | | | | |
|--------------|-------------|-----------------|-----------|----------|----------|-----------|----------|-------------|-----------|--------------|
| Padecimiento | E.Paranoide | E.Desorganizada | Depresión | R.Mental | Delirium | T.Bipolar | Demencia | T.Psicótico | T.Cocaína | TMOEpilepsia |
| Edades | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 |
| N. Pacientes | 5 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| Porcentaje | 31.2 | 12.5 | 6.25 | 18.7 | 6.25 | 6.25 | 0 | 18.7 | 0 | 0 |
| Padecimiento | E.Paranoide | E.Desorganizada | Depresión | R.Mental | Delirium | T.Bipolar | Demencia | T.Psicótico | T.Cocaína | TMOEpilepsia |
| Edades | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 |
| N. Pacientes | 8 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 |
| Porcentaje | 50 | 6.25 | 12.5 | 0 | 6.25 | 6.25 | 0 | 12.5 | 6.25 | 0 |
| Padecimiento | E.Paranoide | E.Desorganizada | Depresión | R.Mental | Delirium | T.Bipolar | Demencia | T.Psicótico | T.Cocaína | TMOEpilepsia |
| Edades | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 |
| N. Pacientes | 3 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Porcentaje | 37.5 | 12.5 | 0 | 12.5 | 12.5 | 0 | 0 | 25 | 0 | 0 |
| Padecimiento | E.Paranoide | E.Desorganizada | Depresión | R.Mental | Delirium | T.Bipolar | Demencia | T.Psicótico | T.Cocaína | TMOEpilepsia |
| Edades | 49 - 58 | 49 - 58 | 49 - 58 | 49 - 58 | 49 - 58 | 49 - 58 | 49 - 58 | 49 - 58 | 49 - 58 | 49 - 58 |
| N. Pacientes | 3 | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Porcentaje | 27.2 | 36.3 | 9 | 9 | 0 | 9 | 0 | 0 | 9 | 0 |
| Padecimiento | E.Paranoide | E.Desorganizada | Depresión | R.Mental | Delirium | T.Bipolar | Demencia | T.Psicótico | T.Cocaína | TMOEpilepsia |
| Edades | 59 - 68 | 59 - 68 | 59 - 68 | 59 - 68 | 59 - 68 | 59 - 68 | 59 - 68 | 59 - 68 | 59 - 68 | 59 - 68 |
| N. Pacientes | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Porcentaje | 20 | 20 | 20 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 20 |
| Padecimiento | E.Paranoide | E.Desorganizada | Depresión | R.Mental | Delirium | T.Bipolar | Demencia | T.Psicótico | T.Cocaína | TMOEpilepsia |
| Edades | 69 - 88 | 69 - 88 | 69 - 88 | 69 - 88 | 69 - 88 | 69 - 88 | 69 - 88 | 69 - 88 | 69 - 88 | 69 - 88 |
| N. Pacientes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Porcentaje | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 |

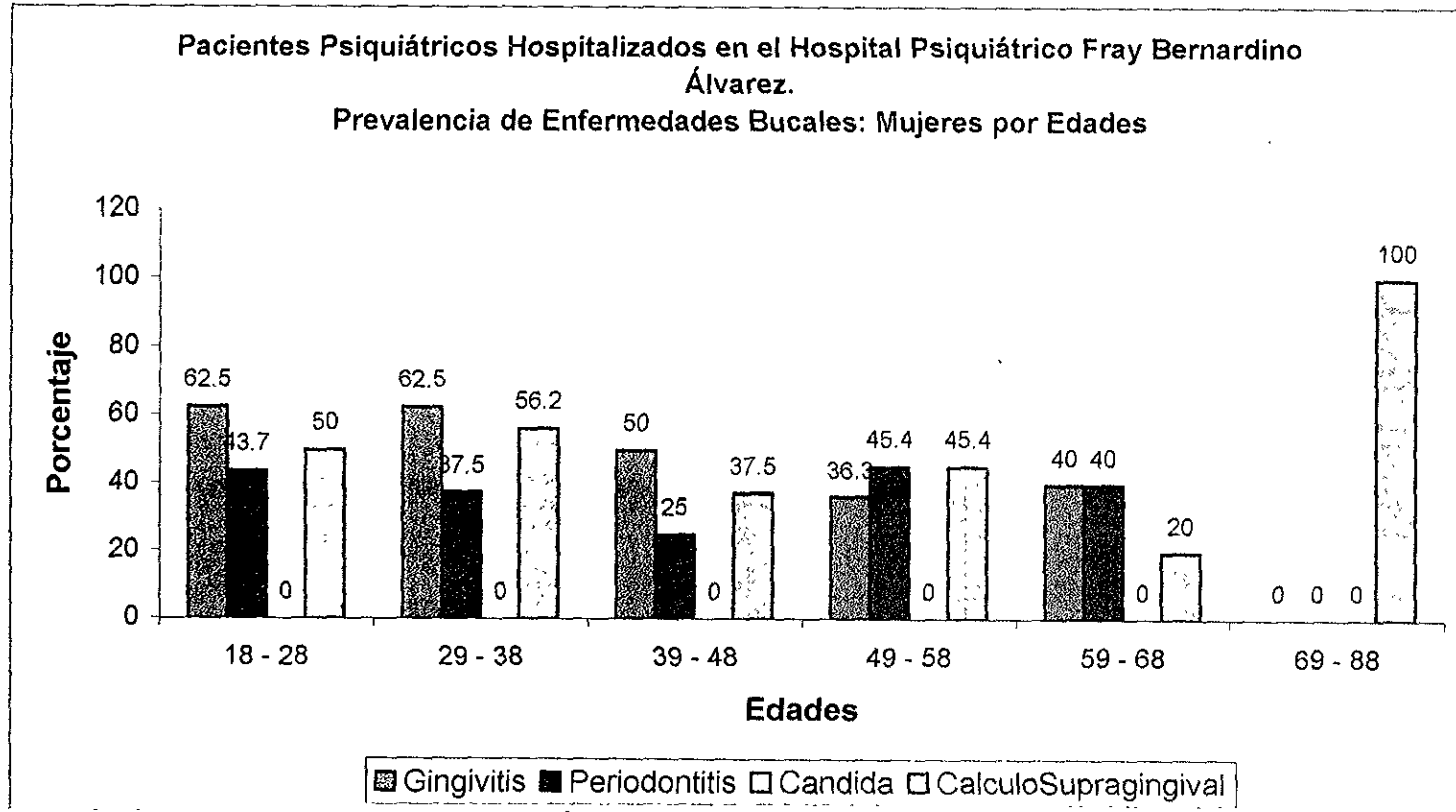
FUENTE: Directa

**TABLA 19 Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
Prevalencia de Enfermedades Bucales : Mujeres por Edades**

| | | | | |
|--------------|------------|---------------|---------|-----------------------|
| P.Bucal | Gingivitis | Periodontitis | Candida | Cálculo Supragingival |
| Edades | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 |
| N. Pacientes | 10 | 7 | 0 | 8 |
| Porcentaje | 62.5 | 43.7 | 0 | 50 |
| P.Bucal | Gingivitis | Periodontitis | Candida | Cálculo Supragingival |
| Edades | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 |
| N. Pacientes | 10 | 6 | 0 | 9 |
| Porcentaje | 62.5 | 37.5 | 0 | 56.2 |
| P.Bucal | Gingivitis | Periodontitis | Candida | Cálculo Supragingival |
| Edades | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 |
| N. Pacientes | 4 | 2 | 0 | 3 |
| Porcentaje | 50 | 25 | 0 | 37.5 |
| P.Bucal | Gingivitis | Periodontitis | Candida | Cálculo Supragingival |
| Edades | 49 - 58 | 49 - 58 | 49 - 58 | 49 - 58 |
| N. Pacientes | 4 | 5 | 0 | 5 |
| Porcentaje | 36.3 | 45.4 | 0 | 45.4 |
| P.Bucal | Gingivitis | Periodontitis | Candida | Cálculo Supragingival |
| Edades | 59 - 68 | 59 - 68 | 59 - 68 | 59 - 68 |
| N. Pacientes | 2 | 2 | 0 | 1 |
| Porcentaje | 40 | 40 | 0 | 20 |
| P.Bucal | Gingivitis | Periodontitis | Candida | Cálculo Supragingival |
| Edades | 69 - 88 | 69 - 88 | 69 - 88 | 69 - 88 |
| N. Pacientes | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Porcentaje | 0 | 0 | 0 | 100 |

FUENTE:Directa

GRÁFICA 17



Fuente: Directa

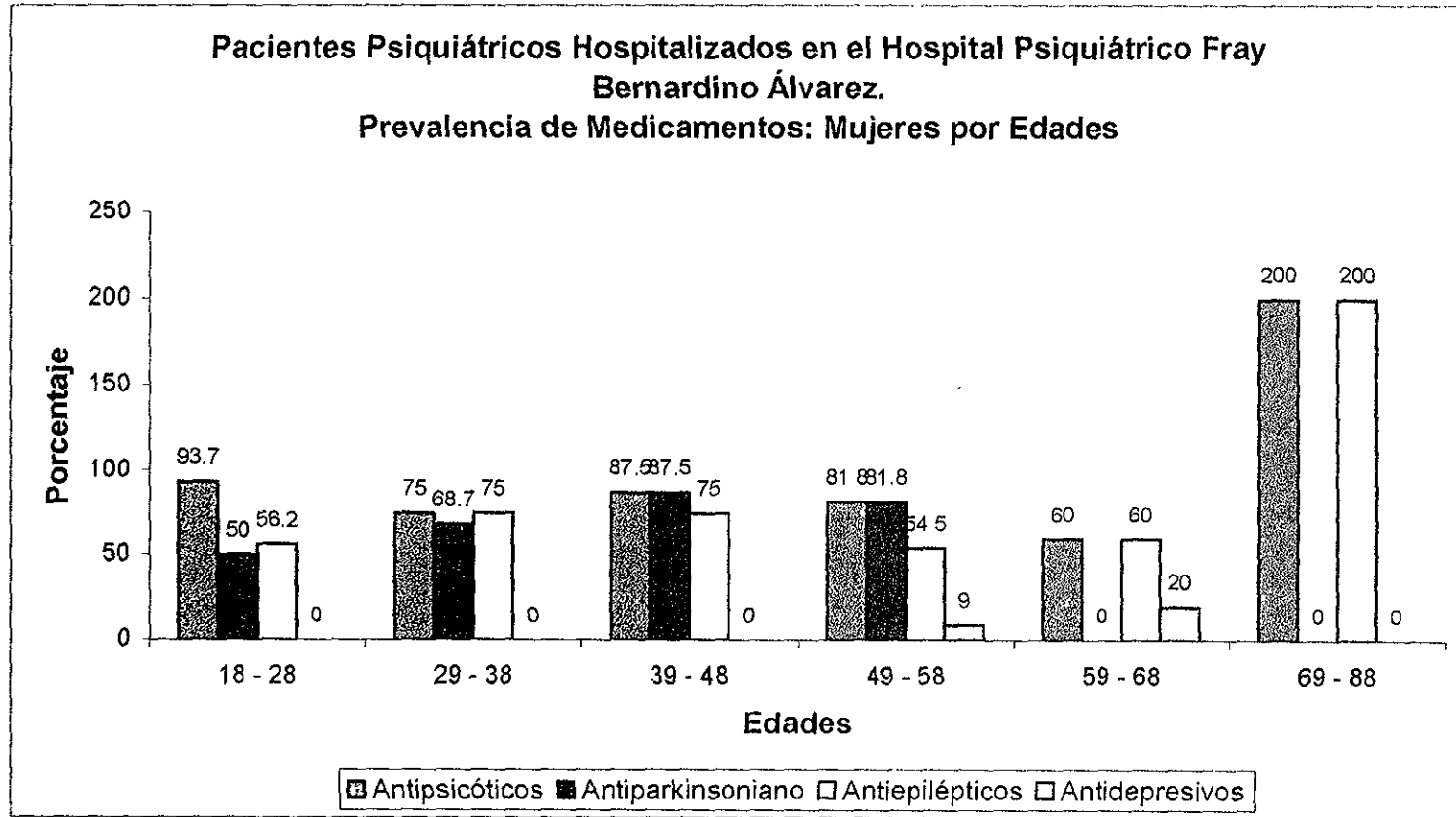
TABLA 20 . Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Fray Bernardino Álvarez.

Prevalencia de Medicamentos: Mujeres por Edades

| | | | | |
|--------------|---------------|-------------------|----------------|---------------|
| Medicamento | Antipsicótico | Antiparkinsoniano | Antiepiléptico | Antidepresivo |
| Edades | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 | 18 - 28 |
| N. Pacientes | 15 | 8 | 9 | 0 |
| Porcentaje | 93.7 | 50 | 56.2 | 0 |
| Medicamento | Antipsicótico | Antiparkinsoniano | Antiepiléptico | Antidepresivo |
| Edades | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 | 29 - 38 |
| N. Pacientes | 12 | 11 | 12 | 0 |
| Porcentaje | 75 | 68.7 | 75 | 0 |
| Medicamento | Antipsicótico | Antiparkinsoniano | Antiepiléptico | Antidepresivo |
| Edades | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 | 39 - 48 |
| N. Pacientes | 7 | 7 | 6 | 0 |
| Porcentaje | 87.5 | 87.5 | 75 | 0 |
| Medicamento | Antipsicótico | Antiparkinsoniano | Antiepiléptico | Antidepresivo |
| Edades | 49 - 58 | 49 - 58 | 49 - 58 | 49 - 58 |
| N. Pacientes | 9 | 9 | 6 | 1 |
| Porcentaje | 81.8 | 81.8 | 54.5 | 9 |
| Medicamento | Antipsicótico | Antiparkinsoniano | Antiepiléptico | Antidepresivo |
| Edades | 59 - 68 | 59 - 68 | 59 - 68 | 59 - 68 |
| N. Pacientes | 3 | 0 | 3 | 1 |
| Porcentaje | 60 | 0 | 60 | 20 |
| Medicamento | Antipsicótico | Antiparkinsoniano | Antiepiléptico | Antidepresivo |
| Edades | 69 - 88 | 69 - 88 | 69 - 88 | 69 - 88 |
| N. Pacientes | 2 | 0 | 2 | 0 |
| Porcentaje | 200 | 0 | 200 | 0 |

FUENTE:Directa

GRÁFICA 18.

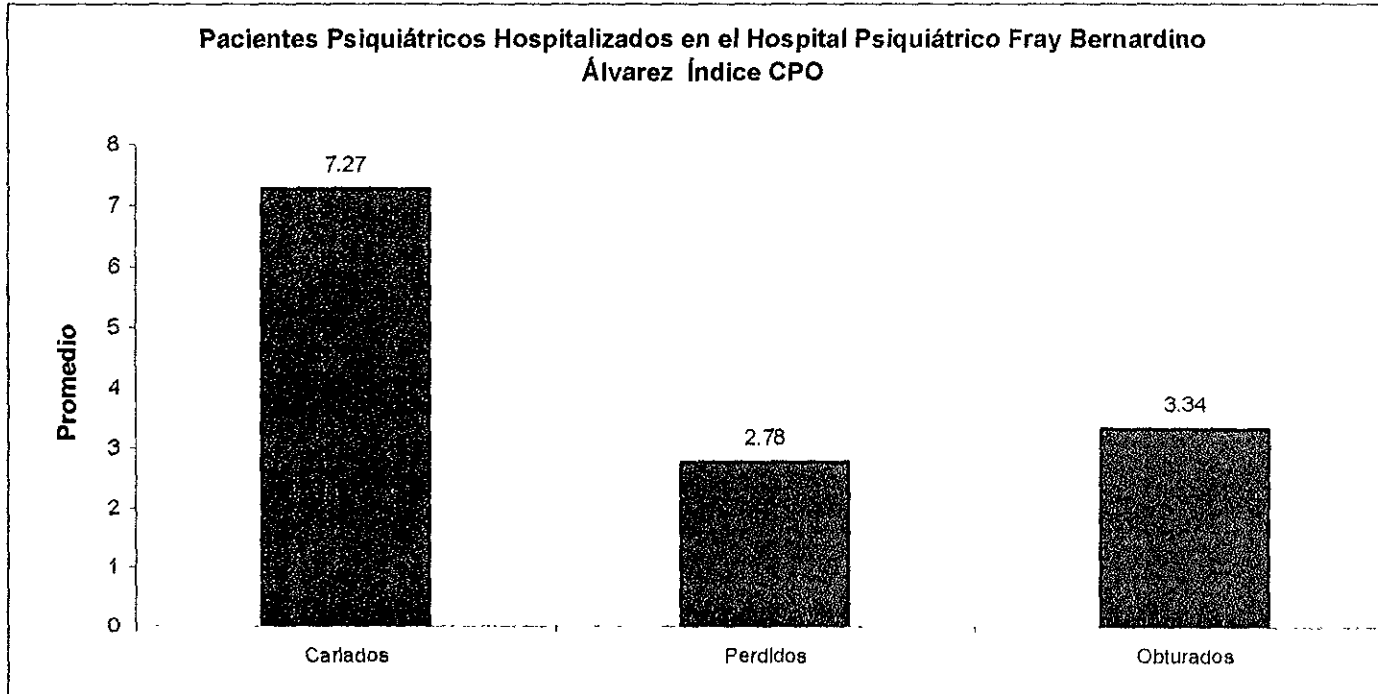


Fuente: Directa

TABLA 21 Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
Índice CPO

| Muestra | Cariados | Perdidos | Obturados |
|----------|----------|----------|-----------|
| Promedio | 7.27 | 2.78 | 3.34 |

FUENTE. Directa
GRÁFICA 19



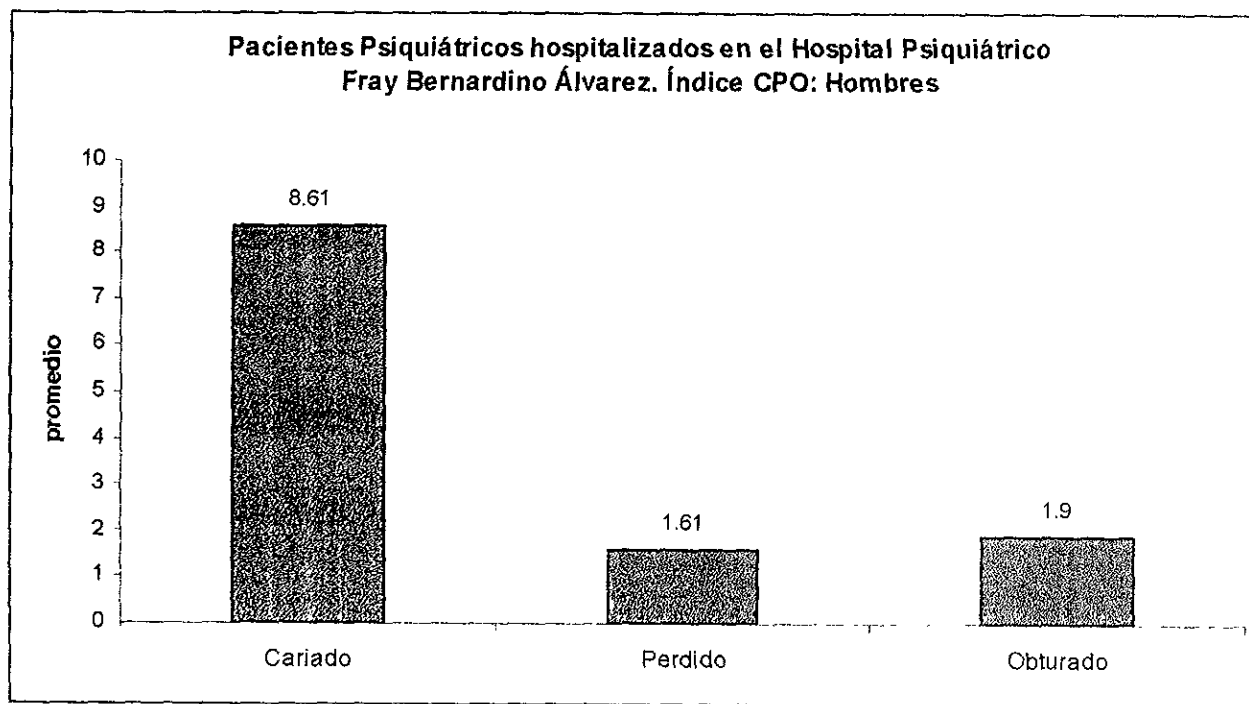
FUENTE: Directa

TABLA 22 Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados: Índice CPO Hombres

| Muestra | Cariado | Perdido | Obturado |
|----------|---------|---------|----------|
| Promedio | 8.61 | 1.61 | 1.90 |

FUENTE: Directa

GRÁFICA 20



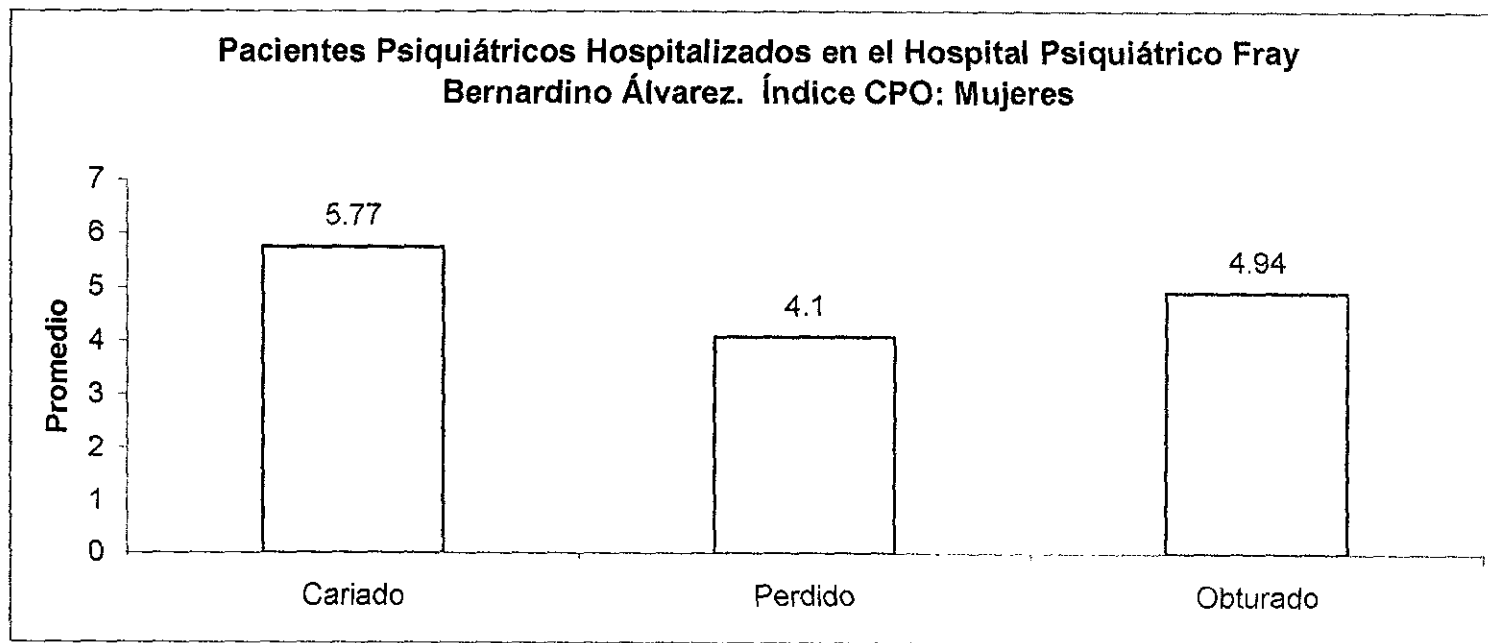
FUENTE: Directa

TABLA 23 Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados. Índice CPO mujeres

| Muestra | Cariado | Perdido | Obturado |
|----------|---------|---------|----------|
| Promedio | 5.77 | 4.10 | 4.94 |

FUENTE: Directa

GRÁFICA 21

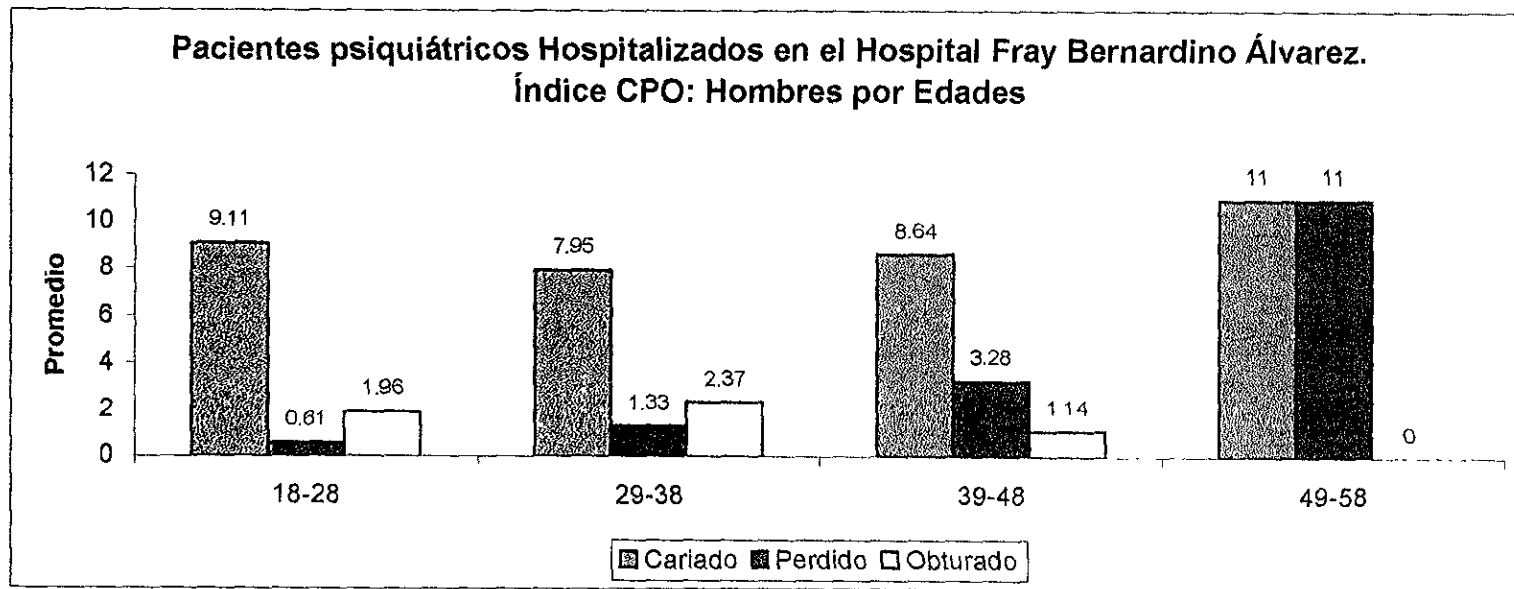


FUENTE: Directa

TABLA 24 Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados: Índice CPO: Hombres por Edades

| Edad | Cariado \bar{X} | Perdido \bar{X} | Obturado \bar{X} |
|-------|-------------------|-------------------|--------------------|
| 18-28 | 9.11 | 0.61 | 1.96 |
| 29-38 | 7.95 | 1.33 | 2.37 |
| 39-48 | 8.64 | 3.28 | 1.14 |
| 49-58 | 11 | 11 | 0 |

FUENTE. Directa
GRÁFICA 22

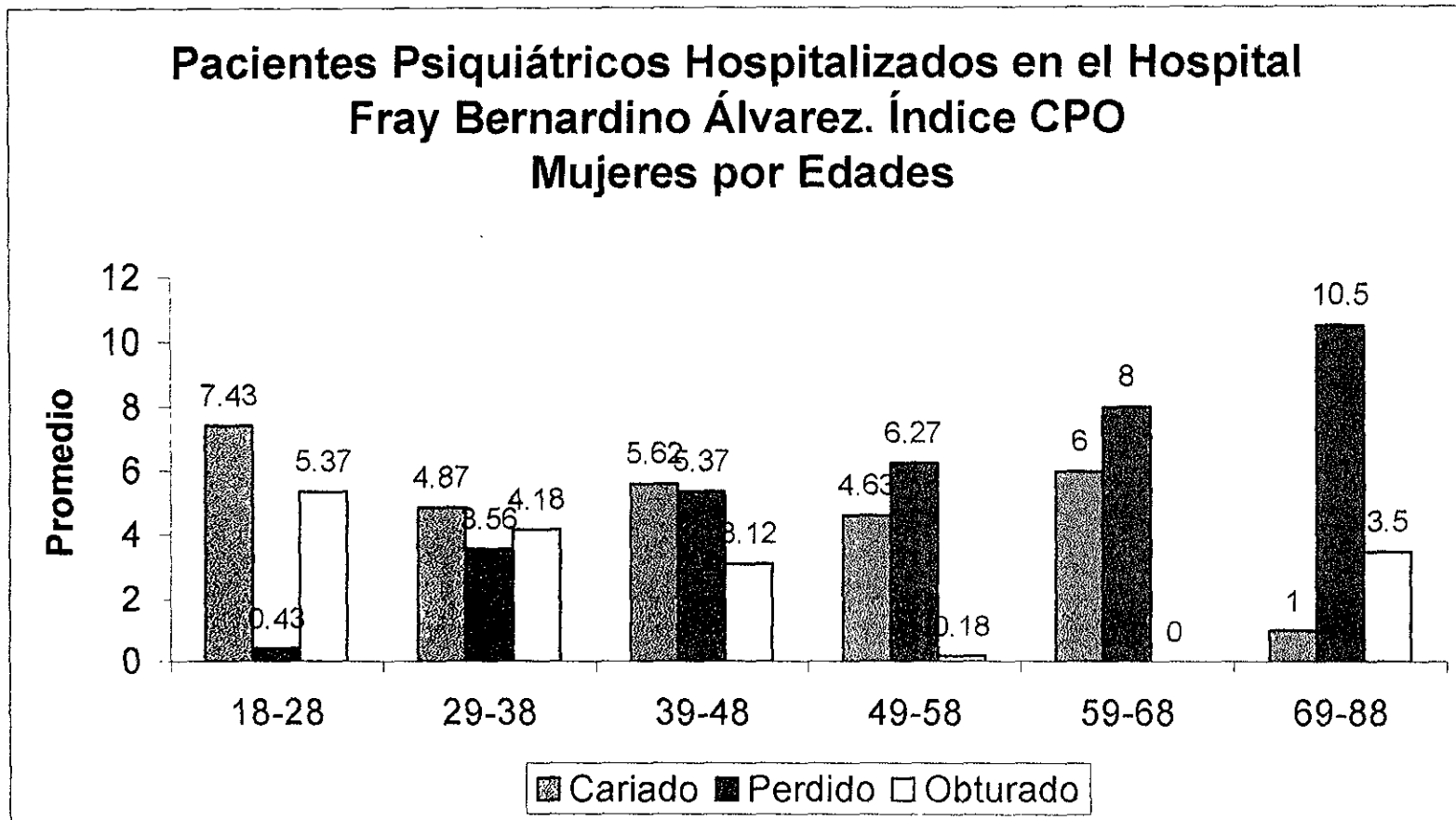


**TABLA 25 Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados:
Índice CPO Mujeres por Edades**

| Edad | Cariado \bar{X} | Perdido \bar{X} | Obturado \bar{X} |
|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 18-28 | 7.43 | 0.43 | 5.37 |
| 29-38 | 4.87 | 3.56 | 4.18 |
| 39-48 | 5.62 | 5.37 | 3.12 |
| 49-58 | 4.63 | 6.27 | 0.18 |
| 59-68 | 6 | 8 | 0 |
| 69-88 | 1 | 10.5 | 3.5 |

FUENTE: Directa

GRÁFICA 23



FUENTE. Directa

De todo lo de aquí descrito y puntualizado, surge la evidente necesidad de conformar un programa de salud para los pacientes psiquiátricos hospitalizados que se encare en forma integral y mancomunada desde la creación de los suficientes recursos humanos en el nivel general, es decir a nivel hospitalario, privado y universitario o profesional hasta la planificación de la atención íntegral y la forma de llevarla a cabo.

10. GLOSARIO

A

Acufeno: Sensación auditiva anormal que es percibida solamente por el sujeto.

Afectividad: Facultad afectiva y tono sentimental.

Alucinación: Percepción sin objeto; error sensorial en el cual el sujeto percibe sin que exista un objeto o estímulo real.

Alvéolo: Cavidad o saco del proceso alveolar de la mandíbula o maxilar en la que se sostiene la raíz de las piezas dentarias por fibras del ligamento periodontal. También llamada cavidad alveolar y sacos dentarios.

Alzheimer: Demencia degenerativa primaria.

Ápice: Extremo terminal de la raíz de un diente.

Ataxia: Falta o irregularidad de la coordinación, especialmente de los movimientos musculares sin debilidad o espasmo de éstos.

Aura: Sensación o fenómeno particular que precede al ataque de una enfermedad o paroxismo, especialmente un ataque epiléptico.

C

Canula: Tubo que se introduce en un conducto o una cavidad.

Catatonia: Síndrome caracterizado por períodos de rigidez física, negativismo, agotación y estupor, que se observa especialmente en la esquizofrenia.

Cemento dental: Tejido conjuntivo rígido como un hueso que cubre la raíz de un diente.

Ciclotimia: Trastorno del estado de ánimo caracterizado por numerosos períodos depresivos e hipomaniacos.

Circadiano: Perteneciente o relativo a un período de aproximadamente 24 horas. Aplíquese en especial a la repetición rítmica de algunos fenómenos en organismos vivos, que ocurren aproximadamente en la misma hora de cada día. (ritmo circadiano).

Clónica: Convulsión caracterizada por alternación de la contracción y relajación muscular.

Col: Depresión como un valle de la encía interdental, que conecta las papilas bucales y linguales y se ajusta a la zona de contacto interproximal.

Conciencia: Conocimiento que el individuo tiene de sí mismo y sus cambios, y del medio que lo rodea y sus modificaciones.

Convulsión: Contracción violenta e involuntaria de la musculatura estriada del cuerpo.

Coriza: Trastorno catarral agudo de la mucosa nasal, con secreción profusa por las fosas nasales.

Crisis: Cambio sufrido en el curso de una enfermedad cíclica, en sentido favorable o adverso.

D

Dentina: Porción dura del diente que rodea a la pulpa, cubierta por el esmalte en la corona y por el cemento en la raíz.

Delirio: Distorsión de la relación del individuo y el mundo exterior por la presencia de ideas delirantes a las que se adhiere con convicción absoluta.

Desmineralización: Eliminación excesiva de sales minerales o inorgánicas.

Diplopia: Percepción de dos imágenes de un solo objeto.

Disartria: Trastorno de la articulación del lenguaje debido a lesiones orgánicas en los núcleos o vías del sistema nervioso central.

Discrasia sanguínea: Estado patológico de la sangre, por lo general aquel en el que están afectadas las células sanguíneas.

Disolución: Fenómeno por el que una sustancia se disuelve en otra.

Displasia: Alteración de la forma, dimensiones y organización de las células adultas.

Distimia: Exageración morbosa del estado afectivo en el sentido de exaltación o depresión.

E

Ecolalia: Repetición automática de las palabras.

Ecopraxia: Imitación involuntaria de los movimientos de otra persona.

Elación: Excitación emotiva caracterizada por la mayor y mejor actividad mental y corporal.

Elucidación: Poner en claro.

Epulís: Absceso gingival. Término inespecífico aplicado a tumores y masas semejantes a tumores de la encía.

Esmalte dental: Capa dura, fina, translúcida, de sustancia calcificada que cubre y protege la dentina de la corona del diente; es la sustancia más dura y esta compuesta casi enteramente de sales de calcio.

Estereotipia: Movimiento aislado sin una finalidad, que se efectúa de manera interactiva.

Etiología: Causa o causas u origen de una enfermedad.

Euforia: Sensación de bienestar, de satisfacción, natural o provocada.

Éxtasis: Estado de contemplación fija con exaltación mental y abolición de la sensibilidad y el movimiento.

F

Fístula: Trayecto o comunicación anormal generalmente entre dos órganos internos o desde un órgano interno a la superficie corporal; suele designarse según los órganos o las partes con las que se comunica.

Futilidad: De poca importancia.

G

Gingival: Perteneciente o relativo a las encías u orientado hacia ellas.

Gingivitis: Inflamación de las encías.

H

Hendidura gingival: Depresión o fisura poco pronunciada alrededor de la corona anatómica de un diente.

Hipoxia: Reducción del suministro de oxígeno a los tejidos por debajo de los niveles fisiológicos.

I

Ilusión: Falsa interpretación de una impresión o imagen sensorial.

Incidencia: Proporción de enfermos nuevos de una enfermedad por 1000 habitantes, en un espacio de tiempo, generalmente un año.

Introproyección: Proceso psíquico inconsciente en virtud del cual el individuo incorpora cualidades de los objetos del mundo exterior.

Introspección: Consideración u observación de los propios pensamientos y sentimientos.

L

Ligamento periodontal: Tejido conjuntivo fibroso que rodea la raíz de un diente, que lo aísla y lo une al hueso alveolar.

M

Manía: Síndrome psicótico caracterizado por excitación psicomotriz, euforia patológica, hiperactividad, fuga de ideas e ideas de grandeza y omnipotencia. Tendencia , conductas o ideas persistentes irreductibles

Margen gingival: Perteneiente o relativo al borde gingival.

Mialgia: Dolor en un músculo o músculos.

Micelio: Masa de apéndices filiformes (hifas) que constituyen el talo o pedículo del hongo.

Microbiota: Microorganismos vivos de una región; microflora y microfauna consideradas en conjunto con la región en que habitan.

Mioclonía: Contracción brusca, breve e involuntaria, que afecta un fascículo muscular, músculo o grupo muscular, secundaria a una disfunción o lesión de cualquiera de las estructuras que participan en la función motora.

N

Narcisista: Amor por sí mismo.

Neologismo: "Palabras nuevas" inventadas, con significados nuevos, que se forman a menudo al combinar elementos de otras palabras.

Neoplasia: Multiplicación progresiva de células en condiciones que no permitirían o que detendrían la multiplicación de las células normales.

Nistagmo: Espasmo clónico de los músculos motores del globo ocular que produce movimientos involuntarios de éste en varios sentidos: horizontal, vertical, oscilatorio, rotatorio o mixto.

Nosología: Ciencia que estudia la clasificación de las enfermedades.

O

Odontoxesis: Eliminación de cálculo dental.

P

Pápula: Pequeña elevación sólida, superficial y circunscrita de la piel.

Paranoide: Trastorno mental progresivo y crónico, psicosis que suele instalarse en sujetos de carácter paranoico y que se caracteriza por delirios sistematizados, donde predominan los mecanismos interpretativos e intuitivos, sin déficit marcado de las demás funciones psíquicas.

Paroxismo: Intensificación súbita de los síntomas

Patogenia: Desarrollo de alteraciones patológicas o de enfermedad.

Petequia: Mancha roja purpúrea, del tamaño de la punta de un alfiler, perfectamente redondeada y no elevada, producida por una hemorragia intradérmica o submucosa.

Periodonto: Conjunto de tejidos que envuelven y sostienen los dientes constituidos por el ligamento periodontal, encías, cemento y hueso alveolar y de soporte.

Prevalencia: Número de casos de una enfermedad que están presentes en una población en un momento dado.

Proyección: Mecanismo de defensa inconsciente, por el cual el sujeto atribuye a otro ideas, sentimientos e impulsos propios, que son inaceptables para sí mismo.

R

Recesión gingival: Retracción de las encías de los cuellos de los dientes con exposición consiguiente de las superficies de las raíces.

Remineralización: Restauración de los elementos minerales, como ocurre en el cuerpo humano.

Resorción radicular: Tipo de resorción en la que las raíces pierden cemento, dentina o ambas cosas.

S

Semiología: Rama de la medicina que estudia los síntomas.

Subgingival: Que está situado por debajo de las encías.

Supragingival: Que está situado por arriba de las encías.

Sustrato: Sustancia sobre la que se deposita o adhiere una sustancia diferente, generalmente en forma de revestimiento o capa.

T

Tónica: Contracción persistente, sin fase de relajación, de uno o varios músculos.

Transiluminación: Paso de luz a través de los tejidos corporales, con la finalidad de efectuar examen, con interposición del objeto de la parte bajo estudio entre el observador y la fuente luminosa.

Trastorno: Alteración, perturbación, cambio en sentido morboso.

V

Verbigeración: Repetición insana de frases y palabras sin significado.

Verborrea: Locuacidad excesiva o anormal.

X

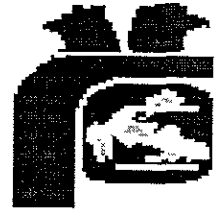
Xerostomía: Sequedad de la boca por falta de secreción normal de la saliva.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. **Norma Oficial Mexicana.** NOM – 025 – SSA – 1994.
2. Rowan Wilson John, **La mente.** Colección Científica de Life en español. Offset multicolor, S.A. México, DF. 1968.
3. De la fuente Ramón, **La patología mental y su terapéutica.** Fondo de cultura económica, 1ª. Edición. México 1997.
4. **DSM – III – R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales,** Masson S.A. España 1988
5. Patlak Margie , Salud Mental. Esquizofrenia. Vida real, terror imaginario. **FDA Consumer** Sep – Oct 1997 Pag 23-26
6. Nordenberg Liora. El comportamiento ante la depresión. **FDA Consumer** Jul – Ago 1998. Vol 32 No. 4
7. De la fuente Ramón, **Psicología Medica.** Fondo de cultura económica Nueva versión. México 1994.
8. **CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria.**OMS. Meditor
9. Goldman Howard H. **Psiquiatría General.** Manual moderno. 2ª. Edición México 1989
10. **Compendio de Epilepsia.** Programa prioritario de epilepsia S.S.A.
11. Cockerell O. Charles, Shorvon Simon D. **Epilepsy Current Concepts.** Current Medical Literature, London, UK. 1996
12. Papadakis, **Diagnóstico Clínico y tratamiento.** Manual Moderno 30ª. Edición. 1995.
13. Katzung Bertram G. Farmacología básica y clínica. Manual moderno 7ª. Edición, México 1999.
14. Goodman & Gilman .**Las bases farmacológicas de la terapéutica Vol. 1** McGraw-Hill Interamericana, 9ª. Edición, México 1996

15. Genco Robert , **Periodoncia**. Interamericana McGraw-Hill México 1993.
16. Carranza Fermin, **Periodontología clínica de Glickman**.
Interamericana. 5ª. Edición, México 1983
17. Regezi Joseph, Sciubba James. **Patología Bucal**. Interamericana
McGraw-Hill, 2ª. Edición. México 1995
18. Sapp J. Philip. **Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea**.
Harcourt. Madrid España 1998
19. Bonifaz Alejandro. **Micología médica básica** Méndez editores,
2ª. Reimpresión. México 1994
20. Lindhe Jan. **Periodontología Clínica**. Ed. Médica panamericana
3ª. Reimpresión. Argentina 1991
21. Seif R. Tomas. **Cariología. Prevención, diagnóstico y tratamiento de
la caries dental**. 1ª. Edición, Actualidades Médico Odontológicas
Latinoamérica, C. A. Colombia 1997.
22. James R. Hupp, Thomas P. Williams, Warren P. Vallerand. **Vademecum
Clínico Odontológico**. McGraw-Hill Interamericana. 2a. Edición. México.
D.F. 1999
23. Velasco E; Machuca G; Martínez-Sahuquillo. Dental health among
institutionalized psychiatric patients in Sapain. **Spec Care Destist** 1997.
Nov-Dec; 17(6): 203 – 6.

12. ANEXO 1



ESTADO DE SALUD BUCAL EN PACIENTES PSIQUIATRICOS HOSPITALIZADOS

HISTORIA CLÍNICA

Ficha de Identificación

Fecha _____

1.- Edad

2.- Sexo : 1. H

2. M

- 3.- Enfermedad Psiquiátrica: 1. Esquizofrenia Paranoide
2. Esquizofrenia Desorganizada
3. Depresión
4. Retraso Mental
5. Delirium
6. Trastorno Bipolar
7. Demencia
8. Trastorno Psicótico
9. Trastorno por Consumo de Drogas
10. T.M.O. Epilepsia

4.- Presencia de Patologías Bucales: 1. Gingivitis

2. Periodontitis

3. Candidiasis bucal

4. Calculo supragingival

5.- Medicamentos que toma regularmente o de por vida:

1. Antipsicótico

2. Antiparkinsoniano

3. Antiepiléptico

4. Antidepresivo

6.- Odontograma C.P.O.

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 |

Total C _____

Total P _____

Total O _____

Total S _____

Total _____