

326



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

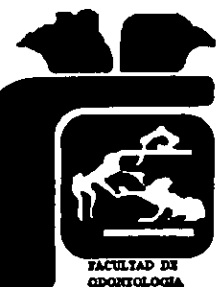
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PRINCIPALES ENFERMEDADES EN LA  
PRACTICA ODONTOLOGICA

T E S I S I N A  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
C I R U J A N O D E N T I S T A  
P R E S E N T A :  
A L E J A N D R A M A R T I N E Z P A Z

*Nancy Jacques*

DIRECTORA: C.D. NANCY ANTONIETA JACQUES MEDINA  
ASESORA: C.D. MARIA ELENA NIETO CRUZ



MEXICO, D. F.

ENERO 2001



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.

## AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES,

CON AFECTO.

MAMÁ: GRACIAS POR TU APOYO, TU COMPRENSIÓN Y PACIENCIA.

PAPÁ: GRACIAS POR PROCURAR QUE NO ME FALTARA NADA.

A MI HERMANO,

CON CARÍÑO. GRACIAS POR TU TIEMPO, TU HONESTIDAD Y TU ALEGRÍA.

A LA DRA. NANCY JACQUES POR SU APOYO, SU DIRECCIÓN Y SU TIEMPO INVERTIDO EN ESTE TRABAJO.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
POR PERMITIRME ENTRAR EN SUS AULAS, RECIBIR MI FORMACIÓN Y  
SER PARTE DE SU ESPÍRITU COMO UNIVERSITARIA.

"A TODOS Y CADA UNO DE LOS QUE HICIERON POSIBLE TODA ÉSTA  
LABOR".

# ÍNDICE

# Páginas

## INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes	1
2. Marco Teórico	3
2.1 Características de la práctica odontológica	3
2.2 Principales riesgos profesionales en odontología	5
2.2.1 Aspectos físicos	5
2.2.2 Aspectos químicos	9
2.2.3 Aspectos biológicos	12
2.2.4 Aspectos psicológicos	12
2.3 Padecimientos más frecuentes en el odontólogo	15
2.3.1 Padecimientos cardiovasculares	15
2.3.1.2 Angina de pecho	16
2.3.1.3 Várices	17
2.3.1.4 Hemorroides	18
2.3.1.5 Infarto Agudo del Miocardio	19
2.3.1.6 Fiebre Reumática	20
2.3.2 Padecimientos Gastrointestinales	22
2.3.2.1 Gastritis	22
2.3.2.2 Colitis	23
2.3.2.3 Úlcera péptica	24
2.3.2.4 Hepatitis	25
2.3.2.5 Estreñimiento	27
2.3.3 Padecimientos Neuromusculares	29
2.3.3.1 Dolores musculoesqueléticos	29
2.3.3.2 Lumbalgias	29

2.3.3.3	Escoliosis	31
2.3.3.4	Lordosis	31
2.3.3.5	Cifosis	32
2.3.3.6	Prevención	32
2.3.3.7	Artritis Reumatoide	38
2.3.3.8	Artrosis	39
2.3.4	Padecimientos auditivos	41
2.3.4.1	Sordera inducida por ruido	41
2.3.4.2	Prevención	43
2.3.5	Padecimientos Ópticos	44
2.3.5.1	Conjuntivitis	44
2.3.5.2	Blefaritis	45
2.3.5.3	Astigmatismo	45
2.3.5.4	Hipermetropía	56
2.3.5.5	Presbicia	47
2.3.5.6	Miopía	47
2.3.5.7	Desprendimiento de retina	48
2.3.5.8	Prevención	49
2.3.6	Padecimientos Respiratorios	50
2.3.6.1	Rinitis	50
2.3.6.2	Bronquitis	50
2.3.6.3	Asma	51

2.3.7	Padecimientos dermatológicos	53
2.3.7.1	Eccema	53
2.3.7.2	Dermatitis de contacto	53
2.3.8	Padecimientos Neurológicos, Psicológicos y Psiquiátricos	55
2.3.8.1	Obsesiones y compulsiones	56
2.3.8.2	Irritabilidad	58
2.3.8.3	Agresión	58
2.3.8.4	Depresión	59
2.3.8.5	Ansiedad	62
2.3.8.6	Frustración y Tensión	62
2.3.8.7	Abuso de alcohol y drogas	64
2.3.8.8	Fatiga	65
2.4	Síndrome de Burnout	67
2.5	Medidas preventivas	69
2.5.1	Aprender a hacer frente a las situaciones de tensión	69
2.5.2	Establecer normas para una vida sana	70
2.5.3	Cultivar la satisfacción producida por el trabajo bien hecho	71
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	73
4.	JUSTIFICACIÓN	74
5.	HIPÓTESIS	75

6. OBJETIVOS	76
6.1 Objetivo General	
6.2 Objetivos Específicos	
7. METODOLOGÍA	77
7.1 Material y método	77
7.2 Tipo de estudio	77
7.3 Población de estudio	77
7.4 Muestra	77
7.5 Variables de estudio	78
7.6 Técnica de recolección de datos	78
7.7 Criterios de inclusión y exclusión	79
7.8 Recursos	79
8. RESULTADOS	81
9. CONCLUSIONES	109
10. BIBLIOGRAFÍA	113
11. ANEXOS	118

## INTRODUCCIÓN

Según la OMS la salud es el estado de bienestar óptimo bio, psico, social de un individuo y no necesariamente la ausencia de enfermedad, de esto, podemos deducir entonces que la enfermedad será el desajuste o desequilibrio entre los factores bio, psico, sociales que se manifiestan por un conjunto de signos y síntomas cuya etiología, patología y pronóstico pueden o no conocerse. En términos generales fallan los medios de adaptación del organismo.

Desde hace ya varios años se han tenido reportes de padecimientos frecuentes entre los Cirujanos Dentistas. Asociaciones como la FDI, congresos realizados en París y estudios hechos en Gran Bretaña hacen referencia en su mayoría a padecimientos psíquicos, cardiovasculares, óseos auditivos y ópticos entre otros. El ambiente en el que trabaja el Odontólogo está integrado por condiciones que lo hacen muy especial como el ruido, iluminación, sustancias químicas irritantes, presencias de agentes biológicos y estrés; presiones constantes por parte de los pacientes, monetarias, actualización constante y exigencias en los trabajos; horarios sobrecargados que, vinculados a hábitos no saludables como el sedentarismo, adicciones, vicios posturales y falta de regularidad en el horario para realizar comidas, pueden alterar el estado de salud del dentista haciendo que se presente la enfermedad.

Así mismo, el ejercicio de la Odontología es arduo, tenso y lleva implícito deterioro físico mental y emocional. En su mayor parte la práctica es solitaria y el área en donde se desenvuelve el odontólogo se limita a las cuatro paredes de un consultorio dental en donde, además de ejercer su profesión, desempeña otras actividades como jefe, administrador del personal y las finanzas y, en algunas situaciones, psicólogo. La clientela atendida en su mayoría es privada y en muchas situaciones tendrá que tratar con pacientes temerosos que rehusan ser atendidos.



Todo lo anterior es generador de tensiones y fatiga que, no reconocidas a tiempo o mal manejadas, pueden ocasionar daño a la salud mental y física.

Dentro de las enfermedades que puede padecer el profesional de la Odontología encontramos a los padecimientos del aparato cardiovascular como la hipertensión y las várices, gastrointestinales como la gastritis, del sistema óseo, auditivos, respiratorios, dermatológicos e incluso, de tipo psicológico que repercuten directamente en la vida del dentista, trayendo consigo situaciones de angustia, agresión, irritabilidad, dificultades familiares, divorcios, suicidio entre otros.

Tal vez, el trabajo constante con situaciones que impliquen manejo de estrés y tensiones, asociado con horarios discontinuos de alimentación o apretados y rasgos típicos de la propia personalidad del Dentista, puedan conducir a actitudes que más que retribuir en su beneficio tiendan a provocar enfermedad, reflejándose en su vida personal, profesional y familiar.

Es por éstas razones que se lleva acabo la presente investigación, para indagar acerca de ¿cuáles son los padecimientos más frecuentes entre los Cirujanos Dentistas?, así como la identificación de las situaciones o factores que puedan llevar a la aparición de enfermedad y de ésta manera poder sugerir la implementación de medidas preventivas.

## 1. ANTECEDENTES

En el año de 1948 la Federación Dental Internacional estableció una comisión para el estudio de las enfermedades más comunes del odontólogo.

En Francia en el Congreso Internacional realizado en París en 1957, se llamó la atención a los colegas sobre la importancia de las afecciones y deformaciones en la columna vertebral, como resultante del ejercicio profesional.

Así mismo en el año de 1958 se realizó en la Real Fuerza Aérea de Gran Bretaña una encuesta que aunque incompleta y criticada por la British Dental Association, hizo un aporte importante al determinar afecciones de carácter psíquico, tales como irritabilidad y angustia que son corroboradas en el año de 1961 en las Semanas Odontológicas de París por una nueva encuesta en 1,400 dentistas, que establece la presencia de: fatigas psíquicas, algias vertebrales, afecciones cardiovasculares y disminución precoz de la agudeza visual.(1)

En 1963 apareció en un periódico, en el Oklahoma City Times, un artículo con cifras del Dr. Sidney, psicólogo eminente: "Las tensiones que provoca el hacer daño al arreglar los dientes de los pacientes lleva a muchos dentistas a la inestabilidad mental, frustración y ataques cardíacos".

El Dr. Charles H. Kennedy, dentista de Connecticut, en 1975, durante la Reunión Anual de la Asociación estadounidense de Salud Pública, presentó un estudio en donde afirmó que el índice de trastornos neuróticos era dos y media veces superior en los dentistas, al observado en los otros médicos. (2)

El Wall Street journal en 1976 publicó que los dentistas eran los profesionales con mayor índice de alcoholismo, suicidios, problemas familiares, divorcios y ataques cardíacos por su tipo de trabajo relacionado, fundamentalmente, con el manejo del estrés.(3)

De igual forma en 1977 se celebró una convención nacional, bajo los auspicios de la Asociación Estadounidense de Odontología, para evaluar las situaciones de tensión emocional en la práctica dental y se encontró un alto porcentaje de suicidios entre los dentistas. En ese mismo año y según el reporte de Forrest, existe 25% más de enfermedades coronarias en los dentistas. (2)

En un estudio, Cooper en 1978 en Estados Unidos de Norteamérica reporta que un 45% de los Dentistas no volvería a elegir la profesión de Cirujano Dentista.

Posteriormente en una encuesta realizada por Trucco en España en el año de 1984 el 33% no elegirían la carrera de Cirujano Dentista si tuvieran la oportunidad de hacerlo.

En la investigación de Lang Runtz, 1984, se informa que los dentistas padecen tres veces más tensiones que otros profesionistas. (3).

Igualmente, en 1989, el Dr. Martínez Ross realizó un estudio en 48 odontólogos mexicanos encontrando que la gran mayoría tenía dificultad para manejar el estrés, reaccionaban con tensión, agresión y angustia. Además de presentar patrones de conductas obsesivo-compulsivas, con frustración permanente, con sensación de enojo, desilusión o ira. (4)

En agosto de 1993 la doctora María Cristina Eguiarte de Díaz de León publicó un artículo en la Revista de la Asociación Dental Mexicana titulado "La salud del dentista" en donde hace una extensa revisión de la literatura acerca de los padecimientos más frecuentes entre los odontólogos, así como recomendaciones para superar el estrés y mejorar la calidad de vida (3)

Finalmente en febrero de 1996 la revista de la Asociación Dental Mexicana publica un artículo acerca del análisis de la personalidad del Cirujano Dentista mexicano, en donde se encontró que padecen de agresión, depresión y neurosis. (5)

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA**

La Odontología es una de las profesiones más solitarias que existe. Las jornadas excesivamente largas de trabajo tienden a crear un verdadero ermitaño que ha desarrollado un método para dialogar con sus enfermos que suele pasar, exclusivamente por los temas intrascendentes y el chisme. Este diálogo, frecuentemente, parece elaborado más para mantener tranquilo al enfermo que para intentar una comunicación socialmente relevante. (6)

El ambiente en el que trabaja es habitualmente ruidoso e insuficiente en iluminación y ventilación.

El Cirujano Dentista generalmente es autoempleado y labora dentro de un consultorio por ocho horas, cinco veces por semana, dando un promedio de cuarenta horas de trabajo rutinario semanales. Todo esto da una vida útil dentro de la profesión de solamente 30-35 años.

El trabajo que realiza generalmente es en un espacio limitado, con apremio de tiempo, en posiciones forzadas, con un área de trabajo restringida a una cavidad bucal con condiciones no óptimas para realizar las técnicas aprendidas; además, el espacio se acorta aún más al circunscribirse a una pieza dentaria.

Dentro de la profesión se maneja mucho estrés, tanto del paciente como el originado en el cirujano por el tipo de tratamiento. Aún con las técnicas modernas y uso de anestésicos se sabe que se puede causar dolor y molestias que aumentan el estrés del paciente, mismo que absorbe el Cirujano Dentista.

El odontólogo debe ser un superdotado, capacitado para el trabajo dental, hábil para tomar decisiones, dispuesto a tratar pacientes hostiles, miedosos, agresivos, fóbicos, hipocondriacos, obsesivos, histéricos o paranoicos y atenderlos adecuadamente, aconsejarlos y educarlos.

Debe ser competente para administrar su consultorio, manejar y controlar personal auxiliar, ser experto en finanzas, humanista y técnico. (3)

El Cirujano dentista tiene rasgos de personalidad que lo predisponen a la fatiga física y mental; a la depresión, a la automedicación, alcoholismo y suicidio. Además, tiene una vida sedentaria, inactiva, tiende a ser perfeccionista es autoritario y obsesivo-compulsivo, con tendencias agresivas y destructivas. Generalmente es tímido e introvertido cuando está fuera del consultorio. Es renuente a reconocer sus problemas y pedir ayuda, le da poca importancia a su salud y por el contrario actúa con tendencias autodestructivas. (3)

## 2.2 PRINCIPALES RIESGOS PROFESIONALES EN ODONTOLOGÍA

Para realizar su trabajo el Cirujano Dentista necesita gran variedad de equipos y materiales que lo exponen constantemente a sufrir accidentes y a entrar en contacto con diversos agentes infecciosos. (7)

Los principales riesgos profesionales a los que está expuesto el Dentista son:

### 2.2.1 AGENTES FÍSICOS

#### Ruido

El ruido, en términos simples, es un sonido no deseado y desagradable. (16) El ambiente sonoro dentro del cual el odontólogo realiza su trabajo, puede producir perturbaciones en el operador en función de la intensidad, frecuencia y duración de la exposición. (8)

El umbral de la audición varía de persona a persona, el rango de frecuencia audible varía de 20 a 20,000 Hz. La sonoridad, una escala de percepción en el ser humano, va del 0 al 140 dB, siendo 0 el más débil y casi imperceptible, mientras que el 120 dB es el umbral de sensación desagradable en donde el ruido empieza a ocasionar molestia y dolor. El oído humano tiene la mayor sensibilidad en el rango de frecuencia de 1,000 a 4,000 Hz(9).

Las principales fuentes de ruido en el consultorio dental son la turbina que alcanza una intensidad de 80 dB, dependiendo mucho de la marca y de su estado de conservación (entre 75 y 90 dB); la frecuencia oscila entre 7,500 y 25,000 Hz que se alcanzan con fresas grandes en mal estado; los ultrasonidos para limpieza producen unos 70 dB; los aspiradores entre 71 y 80 dB; el vibrador de amalgamas 78 dB; el agua de la escupidera 53 dB, y el compresor 70 dB. (7)

Aunque estén por debajo del límite de 85 dB de producir lesión, el hecho de permanecer constantemente dentro de los 60 a 70 dB puede tener efectos que atentan a la salud. (9)

## Micropartículas

Al trabajar con turbinas y tornos, se van a desprender centrifugamente partículas de diferentes tamaños, procedentes de los dientes, restos de obturaciones, saliva, sangre, yesos, resinas compuestas, prótesis, metales, etc. Estas partículas, dependiendo del tamaño, pueden ocasionar microtraumatismos en la cara o manos del profesional, si son grandes, y bronquitis e irritación ocular si son pequeñas. (menores de 5 micras). (7)

El aerosol de origen dental es una suspensión de partículas microscópicas que pueden ser líquidas, sólidas o una combinación de ambas y que son transportadas por el aire.

Los instrumentos dentales que generan partículas en aerosol son: pieza de mano de alta velocidad, jeringa triple, aparatos de ultrasonido para realizar curetajes, cepillos y copas de hule para profilaxis; los cepillos y mantas para motor del laboratorio, así como tierra pómez que se utiliza para el pulido de aparatos protésicos y ortodóncicos. (10)

## Heridas por cortes, pinchazos, traumatismos en cara, manos, etc.

Las lesiones causadas por fresas o por las puntas de algunos instrumentos son quizá las más comunes entre los odontólogos y sus asistentes. El instrumental como los exploradores, las agujas de sutura, las fresas fracturadas, restos de acrílico, estallamiento de tubos anestésicos de vidrio, entre otros, pueden lesionar las manos, dedos, cara e incluso los ojos.(10)

Al seccionar alambre o al manejar ligaduras elásticas en ortodoncia, éstos pueden actuar como proyectiles, así como los fragmentos de una pieza dentaria o de los instrumentos empleados en una extracción, las grapas fijadas en un dique de goma o las partículas de la aleación de amalgama al ser fresadas pueden lesionar ya que suelen ser puntiagudas y de un tamaño relativamente grande. Muchas resinas empleadas en ortodoncia pueden

autopolimerizar en el ojo al ser proyectadas al mismo y producir quemaduras.  
(11)

Además del daño físico, estos materiales pueden servir como vía de entrada a diversos gérmenes. (7)

### Microclima

El trabajar en condiciones ambientales inadecuadas de temperatura, humedad, iluminación y ventilación, produce molestias al trabajador, sobretodo en trabajos minuciosos. Un ambiente adverso puede ocasionar irritación, fatiga, reducción de la eficacia, además de alterar el tiempo de fraguado y viscosidad de algunos materiales. (7)

### Hábitos posturales.

La postura del odontólogo durante el trabajo constituye un apartado importante. El trabajo muscular que realiza el odontólogo la mayor parte del tiempo, es estático y requiere una contracción muscular mantenida que puede ser causa de fatiga muscular y dolor.

En los miembros inferiores el trabajar de pie o el mal diseño de la silla de trabajo, dificultan el retorno venoso. Si la posición del paciente es inadecuada, el odontólogo va a adoptar una postura incorrecta, así como el no tener al alcance el instrumental o el material necesario, obligará al operador a realizar movimientos innecesarios. (7)

### Luz ultravioleta (UV)

En odontología se emplea en lámparas germicidas, en algunas lámparas de composites y en los generadores de rayo láser.

El rayo láser es producido por una luz monocromática amplificada de elevada energía y su efecto perjudicial es debido al calor que produce, y pueden causar quemaduras, sobretodo oculares si se incide el haz de luz sobre la retina.



Existen muchos tipos de láser con una longitud de onda muy variable. En odontología se utilizan entre otros, el láser de argón, el de Hélio-neón y el de CO<sub>2</sub>. (7)

### Luz visible

Los daños que puede causar sobre la salud del personal de odontología son consecuencia de defectos de iluminación o de mal empleo de las lámparas de polimerización de composites.

La vista es muy importante para el trabajo del Cirujano Dentista, debido a que es un trabajo minucioso y de precisión que se realiza en un espacio muy reducido. El hecho de mirar de cerca dentro de la cavidad bucal y después buscar un instrumento en otro plano con una iluminación distinta durante un gran número de horas al día, requiere un gran esfuerzo de acomodación visual.

La mala iluminación, la presencia de reflejos o falta de contraste en la zona de trabajo son factores que pueden ocasionar daño en la salud. (7)

### Rayos X

Los rayos X se propagan en línea recta, son invisibles y son capaces de atravesar la materia. (7)

Su poder de penetración depende de su longitud de onda, cuanto más corta sea la longitud de onda, tanto más poder de penetración tendrá. (12)

El posible daño, además, depende de la dosis. Las radiaciones muy bajas son perfectamente tolerables, lo que explica que se utilicen con fines de diagnóstico médico. (7)

La radiación X se mide generalmente en roetgens (R) . Aparte de éste, existe otra unidad de medida de la radiación llamada "rad" y es la dosis roetgen absorbida. (12)

Uno de los primeros signos clínicos causados por radiación excesiva es el eritema de piel, para que éste se presente se requiere una exposición de 100 rads en dosis única y en la misma zona. Considerando que una serie radiográfica completa para un adulto requiere de 2 a 3 rads, en realidad es poco probable que el operador que tome medidas preventivas reciba tal cantidad de radiación. (10)

La radiación puede causar alteraciones a nivel celular, sobre los tejidos, e incluso somática y genéticas dependiendo de la dosis. (7)

## 2.2.2 AGENTES QUÍMICOS

### Agentes Oxidantes.

Dentro de este grupo se encuentran: el agua oxigenada, el permanganato potásico, el yodo y sus derivados, los cuales pueden causar irritaciones en la piel. Dentro de este grupo también están los hipocloritos (lejía) y las cloraminas, que suelen usarse como desinfectantes.

### Aldehídos

El formaldehído es utilizado como agente conservador y como producto de desinfección de locales, vestidos, instrumental, etc. El glutaraldehído está formado a partir de 5 moléculas de formaldehído, y se emplea como esterilizante y fijador en microscopía electrónica.

Ambas sustancias pueden ser causa de lesiones irritativas.

### Alcoholes

Los alcoholes son generalmente irritantes y los más usados son el etílico (etanol) y el isopropílico, excelente antiséptico, aunque tres veces más tóxico que el etanol.

### Fenoles

Son numerosos los más utilizados son el diclorofenol, hexaclorofenol, y el paraclorofenol.

### Surfactantes

Son compuestos bipolares, hidrosolubles, cuya molécula contiene, simultáneamente, un polo hidrófilo y otro lipófilo. Poseen acción bactericida e irritan la piel y las mucosas. Como ejemplo podemos citar al cloruro de benzalconio o la cetrimida, los derivados mercuriales; principalmente el merthiolate o thimerosal, usado como agente antiséptico y conservador de medicaciones parenterales y tópicas. Las lesiones irritativas son, en muchas ocasiones, un factor importante para la sensibilización posterior. (7)

### Metales

La profesión dental enfrenta la toxicidad por mercurio en dos fuentes principales: por inhalación de vapores y la absorción directa a los tejidos por manipulación. El vapor del mercurio es incoloro e inodoro y se volatiliza conforme aumenta la temperatura. Los procedimientos sencillos como la condensación y recorte de una amalgama incrementan la volatilidad del mercurio, mismo que se absorbe rápidamente.

El origen de la contaminación por mercurio en el consultorio dental se puede encontrar al retirar restauraciones de amalgama antiguas, amalgamadores descompuestos, cápsulas defectuosas, exprimir los excedentes de mercurio sin guantes o sobre el piso, y por exposición del mercurio a fuentes de calor (10)

### Gomas y sus derivados.

Hoy en día existen guantes hipoalergénicos especiales para el cirujano que tienen probabilidades de sensibilización.

En cualquier caso, no deben menospreciarse estos alérgenos, y en el caso del látex, hay que tenerlo en cuenta por su capacidad para desencadenar urticarias de contacto, cuadros que también pueden originarse por el polvo de almidón que recubre los guantes por dentro.

### Resinas y otros alérgenos

Dentro de los productos de mayor utilización e importancia en la industria moderna figuran las resinas las cuales, en los últimos años, se han introducido en diversas especialidades de la medicina. Dentro de estas resinas, las que mayor importancia tienen son las resinas acrílicas y las epoxi.

Ciertos trabajos odontológicos requieren el empleo de resinas acrílicas, las cuales, al ser moldeadas, pueden ocasionar, con cierta facilidad, sensibilizaciones al metil, butil, etil, metacrilato, tanto el operador como el paciente receptor.

Las resinas epoxi, utilizadas en microscopía electrónica y en odontología, son también posible causa de sensibilizaciones. Podemos mencionar también a los contactos con detergentes, jabones o productos de limpieza como causa de éstas; además de las producidas por antibióticos. (7)

### 2.2.3 AGENTES BIOLÓGICOS

El Cirujano Dentista y el personal auxiliar y de laboratorio, están constantemente expuestos a contraer infecciones por la flora bacteriana de la cavidad bucal a través de la saliva, la sangre (10), el contacto directo con mucosas, secreciones nasofaríngeas y respiratorias del paciente. Durante el trabajo, se van a formar aerosoles que puede transportar bacterias, hongos o virus que producen enfermedades como: herpes, sífilis, tuberculosis, gripes frecuentes, hepatitis B, sida, entre otros. (7)

## 2.2.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

### Espacio restringido de trabajo

Uno de los problemas que deberá afrontar el dentista, es el confinamiento tanto físico como mental de su profesión, desde este punto de vista, el Odontólogo pasa horas en un cuarto pequeño y gran parte del día trabajando en posturas extrañas e incómodas, concentrando su atención sobre superficies pequeñas de la cavidad bucal y realizando procedimientos que, comúnmente, se realizan de forma casi automática trayendo como consecuencia la falta de estimulación mental. (2)

### Aislamiento

La mayor parte de los dentistas se ocupan de clientela privada y permanecen en el aislamiento relativo.(30)

La Odontología es una profesión solitaria. El trabajo que realiza el dentista es generalmente individual (7) y aislado de otros profesionistas en la mayoría de los casos. (2)

### Ansiedad del paciente

La tensión psicológica que implica el hecho de trabajar con pacientes aterrorizados puede ser devastador para el dentista. Existen pruebas de que el Dentista puede experimentar también reacciones de tipo fisiológico como sudación o taquicardia, provocadas por su estado de tensión y que son semejantes a las reacciones de la persona atendida y surgen cuando el dentista realiza procedimientos odontológicos que motivarán la ansiedad del paciente.

Tener que encarar la aprehensión y hasta la hostilidad puede ser sumamente angustiante para los dentistas puesto que se suele escoger la profesión con la idea de ayudar al prójimo, pero sin pensar lo difícil que puede resultar. A pesar de la tecnología avanzada, que sirve para dominar y

eliminar el dolor en gran parte de los trabajos dentales, todavía quedan algunos procedimientos donde el dentista se ve obligado a provocar dolor. El tener que tratar con la reacción de miedo del paciente acabará por cobrar su tributo en la personalidad del dentista. (2)

### Afán de perfección

La búsqueda constante de perfección en un medio con salud deficiente también puede actuar en forma negativa para la salud del dentista. La tensión que genera este afán de perfeccionismo puede hacer que muchos dentistas ya no sepan distinguir entre luchar por la perfección y alcanzarla realmente.

La dentición del hombre no es cosa estática y en odontología es inherente la necesidad de tratar y volver a tratar. (2)

### Horario sobrecargado

El dentista, en algunos casos tiende a plantearse a sí mismo exigencias poco realistas, tratando de "recorrer otro tramo más" para menoscabo de su bienestar personal. Así, se aceptan un número exagerado de pacientes llegando a tener una carga diaria de 30 o más, que lo dejarán exhausto y tenso.

Muchas veces existe la tentación de seguir trabajando a la hora de la comida, suprimiendo así el período de descanso que puede ser el más importante en todo el día de trabajo en lugar de obtener la alimentación adecuada y esencial para conservar su buena salud y disfrutar de un momento de reposo que le permite "rejuvenecer". (2)

### Presiones de tipo económico

Las presiones de tipo financiero de la clientela privada pueden obligar al dentista a exagerar su actividad. Generalmente al principio de la carrera el dentista típico debe pagar los préstamos que hizo para cubrir el costo de su educación y la instalación de su consultorio.

Otro factor adicional a esta situación es la preocupación por la falta de "pago" cuando se ausenta por enfermedad. Como la mayor parte son autoempleados, sienten que simplemente no pueden permitirse estar enfermos; saben que cuando se ausentan del consultorio los ingresos se detienen, pero los gastos siguen corriendo y por lo tanto no se conceden ni reposo ni menos trabajo cuando sienten que van a caer enfermos. A este proceso de negación se le añaden las expectativas propias y las de los pacientes que el profesionalista se siente obligado a realizar, siempre al nivel más alto de competencia. (2)

## 2.3 PADECIMIENTOS MÁS FRECUENTES EN EL ODONTÓLOGO

Los padecimientos más comunes entre los odontólogos son:

### 2.3.1 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

#### 2.3.1.1 HIPERTENSIÓN

Es un aumento de la presión sanguínea por encima de las cifras normales.(13)

Los factores que contribuyen a la aparición de la hipertensión, además de la tensión emocional, son la obesidad, dieta inadecuada, con ingestión de alimentos ricos en colesterol y triglicéridos, sedentarismo, tabaquismo ó diabetes.

Uno de cada dos Odontólogos es hipertenso, hipertensión que aumenta con la edad. Siete de cada diez Dentistas mueren de padecimientos cardiovasculares. (3)

Es frecuente observar, especialmente al principio de la enfermedad que el atacado por hipertensión arterial no experimenta malestar alguno. Aunque son comunes los siguientes síntomas: dolor de cabeza, zumbido de oídos, visión de puntos brillantes, cansancio, en otras ocasiones aparecen síntomas como adormecimiento de alguna parte del cuerpo o trastornos de la visión.

El tratamiento incluye, fármacos, alimentación equilibrada y ejercicio. Para prevenir la hipertensión se recomienda una dieta balanceada y moderada, evitando el exceso de proteína, colesterol, alimentos pesados o condimentados, sal, alcohol y tabaco. Es prudente someterse a exámenes médicos después de los 40 años de edad.(13)

Para el Cirujano Dentista una buena circulación, produce mejor redistribución de volumen sanguíneo (14), así como practicar algún deporte o realizar ejercicios aeróbicos.(15)



### 2.3.1.2 ANGINA DE PECHO

La angina de pecho significa isquemia temporal, caracterizado por un dolor torácico, sensación chocante o de estrangulación.

El mecanismo productor del dolor de esa naturaleza obedece siempre a un desajuste entre las demandas miocárdicas de oxígeno y la capacidad irrigadora de las arterias coronarias. La angina de pecho suele obedecer a una arteriosclerosis coronaria. (16)

El sedentarismo ocupacional al que está condicionado el odontólogo, cargados de tensiones psíquicas y emocionales, el fumar, la obesidad y los niveles elevados de lípidos son factores que pueden contribuir a la aparición de esta enfermedad. (15)

El paciente al inicio del trastorno, se halla perfectamente bien. En ocasiones, el dolor se sitúa en la parte alta del pecho; otras en el medio y otras en el extremo caudal del hueso esternón, afectando más el lado izquierdo que el derecho. Muy frecuentemente, el dolor se extiende del pecho hasta la mitad del brazo izquierdo, cuando es grave irradia también a la mandíbula, cuello, espalda, hombro izquierdo y/o cara interna del brazo hasta los dedos anulares y pequeños de la mano. El paciente suele describir el malestar en forma de dolor, pesadez, tensión y sensación de presión. La duración del malestar es variable, pero habitualmente es de 5 a 10 minutos. El malestar grave puede asociarse a náuseas, salivación, sensación generalizada de debilidad y mareo. La angina de pecho está relacionada con el malestar torácico y el esfuerzo o la emoción que cede con el reposo o con la administración de nitroglicerina.

Para prevenir este padecimiento deben disminuirse los factores que puedan precipitar o empeorar una angina de pecho. Debe interrumpirse el consumo de tabaco y someterse a control de obesidad e hipertensión. Se tratarán de corregir los trastornos del metabolismo del colesterol y

triglicéridos, por su asociación a la aparición de aterosclerosis. Un programa de ejercicio controlado, bajo la supervisión médica puede ser benéfico así como el adecuado manejo de las tensiones y el estrés. En los casos de angina de pecho se administra nitroglicerina y betabloqueadores. (16)

### 2.3.1.3 VÁRICES

Las várices son dilataciones permanentes de las venas, acompañadas generalmente de la alteración de sus paredes. Se localizan con mayor frecuencia en los miembros inferiores.

Dentro de las causas que pueden contribuir a la aparición de las várices están la herencia, el estar mucho tiempo de pie, las fajas o cinturones apretados, estreñimientos ó levantar objetos pesados y en la mujer, el embarazo.

Cuando se está mucho tiempo de pie y antes de aparecer las várices superficiales, las várices profundas pueden causar sensación de pesadez o tensión en las piernas y, al final del día, puede haber algo de hinchazón en los tobillos. Luego aparecen las dilataciones de las venas superficiales con o sin color azulado de las mismas.

El médico indicará en cada caso el tratamiento adecuado que puede ser: medidas higiénicas, medicamentos u operación.(13)

El Cirujano Dentista debe tener en cuenta que las posiciones totalmente estáticas no son favorables. La correcta manera es procurar realizar alguna gimnasia pequeña en el consultorio entre paciente y paciente, que bien puede ser tener una barra en algún dintel, lo que le permite acceder a realizar algunas flexiones. Otras veces el hecho de salir a caminar unas pocas cuadras dejando en su libro de citas algún intervalo a media mañana o a media tarde, servirá para hacer un poco de caminata y romper la monotonía del trabajo. (14)

#### 2.3.1.4 HEMORROIDES.

Las hemorroides son várices, es decir, dilataciones permanentes de las venas del ano y del recto. Existen internas y externas. Pueden aparecer por dificultad en la circulación, por estreñimiento, esfuerzos violentos, embarazo, bebidas alcohólicas, condimentos y herencia. En el caso del Cirujano Dentista el estar demasiado tiempo sentado es un factor de riesgo para su aparición.

Las hemorroides pueden existir sin dar mayores síntomas. En otros casos producen dolor por temporadas, cuando son asiento de una inflamación, producen períodos de pequeñas hemorragias. Se caracterizan por la expulsión de sangre muy roja, en cantidad habitualmente pequeña, que "riega" las materias porque sale después de ellas. La inflamación o congestión de las hemorroides puede manifestarse también por sensación de pesadez y a veces latidos en el recto. Es frecuente que las hemorroides tanto internas como externas, se manifiesten por una sensación de comezón en el ano.

Para prevenir la aparición de las hemorroides se debe evitar la constipación, no tomar alimentos, bebidas o condimentos que puedan irritar y congestionar el recto: como el vino y otras bebidas alcohólicas, vinagre, chile, pimienta, mostaza, encurtidos, quesos fuertes y las comidas demasiado copiosas, así como el estar demasiado tiempo sentado. El ejercicio es útil.

Cuando hay dolor se pueden colocar compresas alternadas calientes y frías en el ano, baños de asiento o enemas, pomadas o supositorios que se colocan cada noche al acostarse y después de evacuar el intestino. El tratamiento es a base de medicamentos o quirúrgico. (17)

### 2.3.1.5 INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)

El Infarto Agudo del Miocardio es consecuencia de una isquemia grave y suficientemente extensa que termina en una necrosis irreversible de las células miocárdicas. El IAM se asocia a una arterioesclerosis obliterante de las arterias coronarias así como a una limitación de la perfusión nutricia del miocardio que produce anoxia y muerte metabólica celular. (16)

Para los odontólogos fumadores de más de 20 cigarrillos diarios, el promedio de edad para el ataque cardíaco está en los 53 años de edad, mientras que para los no fumadores, el promedio se eleva a los 63 años de edad (14), el sedentarismo, los antecedentes familiares, obesidad, la tensión mental a la que está expuesto el Cirujano Dentista, la diabetes, arteriosclerosis, problemas circulatorios (trombosis, embolia), pueden ser factores que predisponen la aparición del padecimiento. (15) Aunque un pequeño porcentaje ocurre en sujetos jóvenes (menores a 35 años) con ausencia de factores de riesgo coronarios.

El síntoma principal de los afectados por IAM es el dolor en el pecho, que típicamente aparece en el reposo, es de intensidad variable y dura más de 30 minutos. A menudo existe un factor desencadenante como un esfuerzo o el estrés emocional. Es variable la percepción de dolor, habitualmente el paciente lo describe como una sensación de constricción, opresión, aplastamiento, quemadura, pesadez o puñalada. Su localización es habitualmente retroesternal, con irradiación de intensidad variable al cuello, mandíbula, dientes brazo y espalda. Otros síntomas incluyen náuseas, vómitos, mareos, debilidad, diarrea, transpiración, disnea, ansiedad o inquietud.(16)

El médico es la única persona que puede tratar un infarto agudo al miocardio, indicando habitualmente: medicamentos, oxígeno, reposo absoluto físico y mental.

Es recomendable seguir una dieta adecuada, controlar el peso, no fumar, evitar el alcohol, controlar el colesterol. También son recomendables el caminar y caminar lo más posible, actividades físicas supervisadas por el médico de cabecera y el cardiólogo. (13)

#### 2.3.1.6 FIEBRE REUMÁTICA

La fiebre reumática es una enfermedad febril generalmente acompañada de dolores en las articulaciones (13) causada por estreptococos del grupo A (16), generalmente situada a nivel de una faringitis que da lugar a lesiones del sistema nervioso, tejidos subcutáneos, articulaciones y con mucha frecuencia corazón.(18)

Algunos de los factores que pueden influir en la aparición de ésta enfermedad son: climas templados (13), húmedos y fríos con cambios rápidos de temperatura (18), la herencia (13), faringitis o amigdalitis frecuentes(18), vegetaciones adenoideas, edad, (el mayor número de casos va entre los 19 y los 35 años, aunque puede presentarse en niños).

Aproximadamente en la mitad de los casos el paciente se queja de dolor de garganta que traduce en una infección de sus amígdalas o faringe, fiebre, presenta palidez, inapetencia y adelgazamiento, anemia, sudores ácidos y de olor agrio. (13)

Presenta cinco síntomas clínicos principales; artritis migratoria aguda, eritema marginatum, corea, nódulos subcutáneos típicos y carditis. (16)

Los ataques de artritis se caracterizan por ser múltiples y atacar preferentemente a las grandes articulaciones por pasar de una a otra articulación y nunca supurar. Las articulaciones están hinchadas, a veces enrojecidas, con calor local aumentado y son muy dolorosas cuando se tocan o se mueven.

Toma varias articulaciones y abandona unas para tomar otras. Tiene preferencia, por orden de frecuencia, afecta la articulación de la rodilla, el tobillo, la muñeca, el codo y el hombro. Con menos frecuencia ataca las articulaciones vertebrales, las esternoclaviculares, las de las manos y la temporomandibular. (13)

La carditis es la única manifestación que puede producir incapacidad a largo plazo y muerte, además, puede llegar a causar pericarditis, miocarditis y endocarditis. Los signos clínicos de la carditis son soplos cardiacos nuevos, aumento del tamaño cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva (16). Existen además lesiones en la válvula mitral siendo foco frecuente de endocarditis bacteriana.(18)

Como medidas preventivas, se debe evitar exponerse al frío, al contacto con personas resfriadas, a la humedad y al cansancio excesivos. Si existe alguna infección acudir al médico para su tratamiento. Mantener las buenas defensas del organismo con una alimentación correcta y ejercicio. (13)

## 2.3.2 PADECIMIENTOS GASTROINTESTINALES

### 2.3.2.1 GASTRITIS

La gastritis es una inflamación de la mucosa del estómago que se puede presentar a cualquier edad. Existen dos tipos, aguda y crónica.(19)

Entre las causas que pueden predisponer a la persona a presentar gastritis se encuentran: los horarios discontinuos para comer, las indigestiones frecuentes, los alimentos muy condimentados, irritantes (alcohol, café, picantes, condimentos, etc.), (13) ciertos medicamentos como la aspirina (19), tensiones, sedentarismo, estrés, entre otros. Cabe mencionar que hay algunas personas de estómago muy sensible que las predispone a padecer gastritis. (13)

Para el cirujano dentista, el hecho de tener una agenda llena y un horario apretado puede alterar los horarios de comida, su variedad, calidad y cantidad (3), el consumo de alcohol o las tensiones acumuladas en el transcurso del día como el haber atendido a un paciente hostil o miedoso, el que el laboratorio no haya cumplido en su hora de entrega, el fumar, las presiones del hogar, etc., hacen que el odontólogo pueda padecer gastritis.

Dentro de los síntomas suele haber un dolor epigástrico y vómitos. Estos contienen al principio alimentos no digeridos además de mucosidades. El vómito produce cierto alivio. A menudo hay al mismo tiempo cólico y diarrea. (13)

Como síntomas generales se observan: inapetencia, sed intensa, debilidad, lengua sucia o saburral. A veces hay fiebre y herpes labial. La gastritis aguda puede durar desde 2 o 3 días hasta más (13). La gastritis crónica es un proceso generalmente observado en personas de edad avanzada. (19)

Para prevenir la aparición de gastritis se recomienda llevar un horario de comida, disminuir o evitar el consumo de alcohol y tabaco, hacer ejercicio y saber manejar las tensiones.(13)

### 2.3.2.1 COLITIS

La colitis es la inflamación o irritación del colon o intestino grueso causada por bacterias, abuso de laxantes o purgantes, infecciones intestinales que provienen de otros focos como nariz, amígdalas, vesícula biliar ó apéndice, abscesos alveolares e incluso tensiones, neurosis, nerviosismo, ó medicamentos.

La colitis puede clasificarse en simple (llamado colon irritable), colitis mucomembranosa, colitis causada por antibióticos y colitis ulcerosa.

La colitis simple presenta hipertonicidad (estado permanente de contracción del colon) con espasmos que provocan a menudo constipación. El paciente se queja de malestar abdominal con distensión del abdomen por gases. Estas molestias aumentan después de las comidas y a veces se calman cuando se expulsan materias fecales o gases.

La colitis mucomembranosa sobreviene por crisis habiendo, en ocasiones, períodos libres de síntomas de meses de duración. Los tres síntomas principales del ataque son: 1.- constipación algunas veces obstinada y otras alternada con diarrea; 2.-expulsión de mucus y membranas. Las materias fecales suelen ser en forma de bolitas secas, duras y de color oscuro, y están acompañadas con mucus y membranas; 3.- dolores. Hay crisis de cólicos violentos, tenesmo (pujo) rectal y a veces también vesical que acompañan la expulsión de materias y mucus. Estas crisis se repiten cada 15 días, cada mes o con menor frecuencia. Hay también dolores fuera de esas crisis que se producen algunas horas después de las comidas y se asientan especialmente en las fosas ilíacas y en el trayecto del colon cuya palpación produce dolor.



Puede haber otros síntomas atribuibles en algunos casos a la neurosis, como el cansancio físico y mental o dolor de cabeza.

El Cirujano Dentista debe aprender a manejar adecuadamente sus tensiones, hacer ejercicio regularmente y llevar una dieta balanceada.(13)

### 2.3.2.3 ULCERA PÉPTICA

La úlcera péptica es un conjunto de trastornos que causan problemas gastrointestinales. La úlcera péptica es una erosión benigna (no cancerosa) de la superficie mucosa del estómago o del duodeno. La mayoría de las úlceras pépticas se localizan en el estómago (úlcera gástrica) o en el bulbo duodenal (úlcera duodenal), estas últimas son tres veces más frecuentes que las gástricas. Las úlceras suelen ser únicas, pero en ocasiones puede haber dos o más al mismo tiempo.

Aunque se desconocen en gran parte las causas se ha afirmado que los factores genéticos y psicosomáticos, unidos a una incapacidad de la mucosa para mantener su integridad y resistencia, pueden desempeñar papeles causales en la úlcera péptica así como el ácido clorhídrico que secreta el estómago, los antiinflamatorios como aspirina, estrés emocional, la presencia de la bacteria *Campylobacter pylori*, la ingesta de alcohol, el fumar cigarrillos y la dieta muy picante (estas dos últimas no se ha establecido bien su papel).

Las úlceras pépticas pueden ser asintomáticas. El síntoma más común de una úlcera no complicada es el dolor, generalmente, en el epigastrio, pero a veces en uno o ambos cuadrantes superiores y con menos frecuencia en la espalda, la parte inferior del abdomen o el tórax. Se trata de un dolor que se percibe como una sensación de quemazón o mordiente que puede describirse como dolor de hambre, un peso o una molestia, un espasmo o incluso un dolor agudo. Es típica su aparición cuando el estómago está vacío y al cabo de 1 hora o más después de las comidas o

por la noche cuando el paciente está dormido. El dolor se alivia a los pocos minutos mediante la ingesta de algún antiácido (leche, alimentos, agua, etc) pero puede aparecer más tarde. La mayoría de las úlceras duodenales producen los síntomas clásicos mientras que el dolor de las úlceras gástricas suele ser algo atípico. Los pacientes sufren de dolores recidivantes que persisten días o semanas. (19)

Como se mencionó anteriormente, es necesario que el Cirujano dentista vigile su alimentación, disminuyendo o eliminando la ingesta de alcohol, tabaco, canalizar adecuadamente las tensiones y practicar algún deporte. Es recomendable que se acuda al médico para chequeos generales.

#### 2.3.2.4 HEPATITIS

La hepatitis es la inflamación del hígado que puede ser causada por distintos virus (hepatitis A, hepatitis B, hepatitis D o delta, hepatitis C y hepatitis E) o por sustancias químicas (alcohol, fármacos) caracterizada por necrosis hapatocelular.

Entre los factores de riesgo para contraer esta enfermedad se encuentran el lavado deficiente de las manos, personas con hábitos higiénicos insuficientes, beber agua o comer alimentos contaminados con partículas fecales procedentes de algún individuo infectado, (éste es el caso de la hepatitis A); la inoculación percutánea con material contaminado como agujas, sangre o saliva contaminada, vida sexual promiscua (hepatitis B); transfusiones de sangre o hemoderivados (hepatitis C), a consecuencia de la exposición a fluidos corporales a través del contacto próximo o íntimo (hepatitis D), o por agua en el sudeste asiático, África oriental, occidental y del norte y en México. (hepatitis E).

El cuadro clínico causado por los diferentes agentes etiológicos son prácticamente idénticos. El cuadro común consta de cuatro periodos: incubación, prodromo y convalecencia.

El período de incubación es el intervalo entre la exposición del virus y la aparición de los primeros síntomas. El período prodrómico comprende el tiempo en el que el paciente presenta síntomas antes de la aparición de la ictericia (3 - 5 días). En general, el paciente se encuentra cansado, inapetente con intolerancia a la grasa y pérdida de su capacidad olfatoria. A veces hay náuseas y vómitos. Muchos pacientes refieren dolor en el hipocondrio derecho junto a una sensación de distensión abdominal y otros presentan diarrea. En otras ocasiones, hay cefalea. En la hepatitis A, con frecuencia, aparece fiebre que puede alcanzar los 39 °C no acompañada de escalofríos de 1 o 2 días de duración. Se observa un cambio de color de la orina parecido al de la Coca-Cola así como cierta decoloración de las heces.

Cuando aparece la ictericia el paciente suele encontrarse, paradójicamente mejor, ya que desaparecen la mayoría de los síntomas presentes durante el período prodrómico, sin embargo, persisten la laxitud y la astenia. La intensidad de la ictericia es variable y puede oscilar desde una leve coloración amarillenta de las escleróticas hasta un intenso color amarillo verdoso de piel y mucosas. La duración de la ictericia varía entre 2 y 6 semanas. Durante este tiempo el paciente suele perder peso, incluso sin que exista anorexia y con un contenido calórico de la alimentación suficiente. Con la disminución de la ictericia se comprueba una recuperación de la sensación de bienestar y de apetito así como una normalización del color de la orina y de las heces. El período de convalecencia se inicia con la desaparición de la ictericia.

Para prevenirla debe haber máxima higiene de todos los que manipulan alimentos, ya que la hepatitis A se transmite vía fecal-oral en alimentos o agua contaminada. No deben de compartirse objetos personales del enfermo puesto que puede constituir un vehículo de difusión parenteral inaparente de sangre contaminada (20). Si en el tratamiento dental se

salpica sangre a los muebles, piso o bata, deben considerarse potencialmente infectantes (21) y deben ser enérgica e inmediatamente desinfectados, para la ropa basta la ebullición y para lo demás el empleo de lejía. La esterilización adecuada de todo instrumental que erosiona o penetra en la piel o las mucosas del paciente o que ha estado en contacto con sangre u otros fluidos orgánicos es esencial para eliminar la posibilidad de transmisión de la hepatitis de persona a persona (20). Además de medidas higiénicas, bata, lentes, mascarillas, guantes, etc.

Se puede administrar gammaglobulina en aquellos casos en que el profesional sufre un pinchazo accidental por material infectado de un paciente sospechoso. (21) Es recomendable la administración de la vacuna contra la hepatitis B debido a que el Odontólogo está constantemente expuesto al contacto con sangre o saliva (20). Se aplican tres dosis; una inicial, la segunda al mes, una tercera a los seis meses y un refuerzo cada 5 años (21).

#### 2.3.2.5 ESTREÑIMIENTO

Llamado también constipación, es un trastorno digestivo frecuente caracterizado por la retención o acumulación de materias fecales en el intestino grueso generalmente deshidratadas y endurecidas haciendo difícil o dolorosa su evacuación.

Son numerosas las causas y a menudo hay más de una en un paciente. Podemos mencionar: falta de ejercicio, debilidad de los músculos abdominales y pelvianos; alimentación escasa en residuos o en sustancias grasas, en frutas y verduras o escasa en líquidos. Obstrucciones del intestino o anomalías del colon. Exceso o abuso de laxantes o purgantes. Factores psíquicos como la intranquilidad, las preocupaciones, el cambio de ambiente, y es frecuente entre las personas que viajan. Una de las causas más

frecuentes de estreñimiento es la pérdida de la sensibilidad rectal por resistir el deseo de defecar.

Entre los síntomas podemos encontrar: falta de concentración, dolor de cabeza, insomnio, mareos, halitosis, inapetencia, dolores y espasmos abdominales, debilidad y malestar general (13). Los pacientes con estreñimiento evacuan a menudo materia fecal en forma de "píldoras" pequeñas y duras, similares a las heces de los conejos.(19)

Para evitar este padecimiento se deben promover los hábitos saludables como caminar, hacer ejercicio con regularidad, especialmente el efectuado como gimnasia abdominal o en forma de marcha, natación o ciclismo. Mantener un grado de hidratación mediante un buen aporte de líquidos. El beber agua suele ser un buen estimulante del peristaltismo intestinal.

Para el Cirujano Dentista, el beber un vaso con agua entre cada paciente en su consulta, además de descansar un poco ayudará a mantenerlo hidratado. Aumentar el contenido de frutas y verduras en la dieta, ensaladas, pan integral para que su intestino funcione normalmente, incluidas las ciruelas y su zumo así como evitar el uso de laxantes. (13)

### 2.3.3 PADECIMIENTOS NEUROMUSCULARES

Todos aquellos factores que no tengan en cuenta el máximo aprovechamiento de la eficiencia mecánica del cuerpo humano conducen a la tensión nerviosa y muscular residual que traen como consecuencia estados terminales a la inhabilidad de disfrutar el trabajo. (22)

#### 2.3.3.1 DOLORES MUSCULOESQUELÉTICOS

Está comprobado que realizamos 25,000 movimientos en 8 horas diarias de trabajo, es decir, tres veces más que cualquier otra profesión. Pocos son los dentistas que no se quejan al cabo de la labor diaria de una sintomatología de cansancio de piernas y dolores en distintas partes del cuerpo. Uno de cada tres presenta sintomatología en espalda, brazos, manos o piernas (23). La postura laboral incorrecta, el exceso de trabajo continuo y estresante, favorece la aparición de estos padecimientos (24).

#### 2.3.3.2 LUMBALGIAS

Las lumbalgias son particularmente frecuentes en aquellas personas que trabajan sentadas casi todo el día, como ocurre en nuestra profesión. El dolor lumbar aparece entre los 30 y 50 años de edad. Es más frecuente en hombres que en mujeres, en personas altas y en personas obesas. La debilidad muscular facilita los problemas de la columna. Se sabe que un tono muscular correcto puede evitar las lumbalgias. (24)

El dolor de espalda puede ser producido por presión continua sobre una articulación, por el desequilibrio entre la musculatura, los choques repetidos que sufren las articulaciones (25) o por afectación de alguna estructura anatómica (24). También están asociados factores como la angustia, preocupación, problemas familiares, etc. (25).

El dolor de espalda causado por el movimiento se puede producir en tres diferentes situaciones: a) por una tensión anormal sobre una espalda normal, como la tensión que puede producirse por un esfuerzo o peso extraordinario o por un peso medio mantenido excéntricamente o en mala posición, también por una fuerza ligera mantenida por mucho tiempo. b) por una tensión normal sobre una espalda anormal, como la escoliosis estructuradas con alteraciones óseas, articulares, ligamentosas, musculares, etc. c) por una tensión normal sobre una espalda normal pero no preparada. Cuando la contracción es excesiva, se dañan las articulaciones y los tejidos periarticulares. Por el contrario cuando es defectuosa se dañan los ligamentos preferentemente, como en el caso de una exodoncia que se cree fácil, al realizarla se ejerce una tensión mayor que la contracción muscular calculada lo que provoca dolor ( 24).

En el consultorio, pueden realizarse una serie de ejercicios, teniendo en cuenta alguna pausa de trabajo, instalar una barra en cualquier dintel, tomarse de ella y elevar las piernas "patear" por algunos instantes en el vacío. Otro ejercicio es relajar los hombros, presionar la barbilla contra el pecho y rotar el cuello alternativamente (23).

También puede pararse con los pies ligeramente separados y colocando las manos a cada lado de la cintura inclinando la cabeza hacia atrás fijando la mirada en un punto imaginario en el techo, como a 20 cm. atrás de la cabeza y hacer un esfuerzo como si quisiera alcanzar ese punto (26).

Sentado en una silla recta, puede llevar las rodillas hasta el pecho y luego regresar a la posición sentado.

Estando de pie puede rotar la cintura y con una toalla por detrás del cuello llevarla con fuerza de derecha a izquierda.

En cuanto al ejercicio físico es recomendable practicar algún deporte como los aeróbicos o la natación; usar las escaleras en lugar del ascensor y caminar todo lo que se pueda en todas las ocasiones posibles (23).

### 2.3.3.3 ESCOLIOSIS

La escoliosis es una curvatura lateral anormal de la columna lumbar, que se combina con una rotación de las vértebras (17), produciendo fuertes



dolores debido a las tensiones desiguales de los músculos sobre cada segmento de la columna (27).

En los casos muy acentuados puede desviar las costillas y deformar marcadamente el tórax, produciendo una giba o joroba. Los hombros también son de altura desigual (17).

La escoliosis puede ser congénita o adquirida. La escoliosis adquirida es producida sobre todo por entidades laborales o posturales crónicas (27).

### 2.3.3.4 LORDOSIS

La lordosis es una curvatura exagerada anormal de la columna lumbar hacia adelante. Causada frecuentemente por enfermedades de la articulación de la cadera, compensación de una cifosis ó por abdomen muy pesado y prominente (embarazo, obesidad, etc).



### 2.3.3.5 CIFOSIS

La cifosis es una curvatura anormal de la convexidad posterior de la columna dorsal. Sus causas son variadas, rara vez se debe a un defecto congénito. En los niños, lo común es que se deba a una posición incorrecta y debilidad muscular. En el adolescente con frecuencia hay una causa ósea. Los traumatismos o una mala postura pueden ser causa de cifosis en el adulto, mientras que en el anciano con cierta frecuencia se debe a osteoporosis (17). Puede originar cuadros álgidos o ser asintomática. Aparece aislada o en combinación con otras deformaciones como la lordosis y escoliosis. (28)

### 2.3.3.6 PREVENCIÓN.

#### Ergonomía

La ergonomía también llamada ingeniería de factores humanos es el estudio de la conducta y las actividades de las personas que trabajan con máquinas y herramientas mecánicas y electrónicas. (29)

**La ergonomía cuando se refiere a la Odontología se puede definir como el estudio de todos los factores relacionados con la calidad y la cantidad de los cuidados dentales proporcionados, en comparación con el volumen de trabajo invertido y la cantidad de fatiga mental y física producida a lo largo del proceso. El objetivo de la ergonomía es la búsqueda de medios a través de los cuales se puede lograr un rendimiento igual o mayor del trabajo, experimentando menos fatiga mental y física tanto del dentista y su ayudante como del paciente (30).**

Una de las razones de estrés físico en el trabajo, es la desproporción de tamaño entre el trabajador y el lugar donde labora, el tipo de equipo o la maquinaria. Esta desigualdad puede dar como resultado el tener que trabajar en posición de flexión con uno o ambos brazos y hombros en alto durante

largos períodos, sostener una herramienta eléctrica a cierta distancia durante mucho tiempo o sentarse sobre un taburete o banca muy bajo o muy alto.

La regla más importante para el diseño físico de un trabajador sedentario, es que el operador pueda alcanzar todos los objetos, suministros, teclados, herramientas, etc., sin flexionarse, encorvarse o girar la cintura. Si es posible, el alcance deberá restringirse a los movimientos del antebrazo. Los diseños para tareas que requieren movimientos fuera de los límites del alcance de todo el antebrazo, por lo general son insatisfactorios.

Las reglas del alcance son importantes, sobre todo si están incluidos fuerzas o pesos ya que los movimientos repetitivos de la parte superior del cuerpo sin resistencia también provocan fatiga y lesiones en la parte inferior de la espalda.

Mientras menos se requiera flexionar la cintura y el torso es mejor el diseño del empleo; (29) aunque la conservación de posturas estáticas durante tiempo prolongado es causa de fatiga. A este respecto, la eliminación del movimiento de cintura y el evitar posturas totalmente estáticas son de tomar en cuenta.

**En Odontología**, la unidad dental debe proporcionar el alojamiento y el mecanismo para que los objetos "solo manuales" sean fácilmente alcanzables para el Dentista, su auxiliar o para ambos. Cuanto más cerca estén los instrumentos de la cavidad bucal del paciente tanto menos movimientos tendrá que hacer el operador y se perderá menos tiempo en movimientos inútiles.

Los instrumentos deben estar colocados de tal manera que el personal que los utiliza emplee el menor tiempo, esfuerzo físico y acomodación visual posibles, al emplearlos continuamente durante los procedimientos operatorios. La utilización de un ayudante es de importancia para proteger y conservar la salud del Dentista.

En el caso del sillón dental si comparamos el tiempo que el profesionalista pasa cada día trabajando y considerando el tiempo que el paciente pasa sentado en el sillón, es evidente que el bienestar físico del Dentista y de su ayudante debe estar en primer lugar. La forma, comodidad, flexibilidad, automatización y tamaño son sellos de calidad de un sillón dental. La flexibilidad que tenga el sillón es de importancia para que el profesionalista pueda aproximar adecuadamente la cavidad bucal de su paciente. Los brazos y descansos del sillón, permiten a las personas ayudarse a sentarse o levantarse.

Además, debe servir tanto para personas obesas como para niños. Para estos últimos el utilizar un soporte removible para la cabeza permite ajustar la distancia al área de trabajo.

No falta variedad en color y esto no desempeña un papel importante en ergonomía, siempre y cuando no lleguen a provocar un estado de excitación nerviosa exagerado en el paciente debido a colores demasiado vivos. El respaldo no debe ser tan grueso, para no limitar demasiado el espacio entre el muslo del dentista y el respaldo del sillón (si se trabaja sentado). La superficie de trabajo debe hallarse aproximadamente 5 cm arriba del ángulo del codo del trabajador.

Para muebles como los gabinetes deben quedar adosados a las paredes lo cual deja más espacio libre. Los gabinetes móviles sobre ruedecillas giratorias pueden colocarse fácilmente en la posición deseada cerca del ayudante y de la cabeza del paciente. Así, la superficie de trabajo de este gabinete sirve como lugar para bandejas ya preparadas de instrumental.

La superficie que el ayudante utiliza para hacer las mezclas y preparar los instrumentos debe hallarse a una distancia cómoda dentro del campo visual en relación con la cavidad bucal del paciente y el campo operatorio. (30)

## EVITAR POSICIONES ESTÁTICAS

La "*Buena Postura*" se define como aquella que no es fatigante, no requiere esfuerzo, es indolora durante períodos razonables de tiempo y presenta un aspecto estético aceptable.

Desde el punto de vista del profesional de la salud bucal, la postura que nos interesa es la "*Postura de Trabajo*".

En la práctica del Cirujano Dentista se adoptan dos posiciones de trabajo: posición sentado y posición de pie. Aunque es claro señalar que el profesional que trabaja sentado está menos expuesto a problemas osteoarticulares y musculares, lo real es que la enorme mayoría de los Dentistas trabaja *Mal Sentado*. Por ejemplo, suele sentarse sobre el borde del banquillo de trabajo y esto obliga a las piernas a adoptar posiciones no de 90°, sino de angulaciones entre piernas y torso de más de 130°, que son más iatrogénicas que las posiciones correctas de pie (22). Al estar sentado en la orilla del banco, la espalda no tiene apoyo en el respaldo de la silla y la pelvis se encuentra en equilibrio inestable, existiendo un aumento de las curvaturas de la columna, provocando tensión en los músculos para mantenerla estática. Esta postura resulta muy fatigante y dolorosa (24).

El diseño de la silla afecta la circulación sanguínea de las piernas si la base del asiento es muy larga. Cuando el extremo del asiento bajo las piernas está levemente curvado en un diseño de "caída de agua" no presentará puntos de presión en las piernas.

El asiento debe tener una suavidad suficiente para que sea cómodo, pero no tan suave que dificulte cambiar de postura o ponerse de pie. El diseño de los asientos también debe proporcionar suficiente soporte lumbar y ayude a soportar el peso de la espalda. (29)

El respaldo debe ser cómodo para que brinde soporte con un apoyo firme para la espalda y se pueda trabajar con la espalda recta (24).

Los soportes para brazos a nivel abdominal no son necesarios, aunque pueden ser útiles (30), siempre y cuando tengan la longitud justa para no chocar contra el sillón o con otro objeto.

Existen sillas con asientos y respaldos que se pueden inclinar hacia delante o ajustarse, los cuales pueden brindar ventajas para los usuarios que deben estar muy cercanos a su trabajo como es el caso del dentista o los cirujanos pues, además de poder ajustar su altura, son de fácil manejo y proporcionan soporte adicional para evitar el deslizamiento sobre la silla. (29) Es recomendable que la altura sea tal que los muslos del dentista queden paralelos al piso, evitando la compresión del nervio ciático y de los vasos femorales (30); así, las rodillas estarán flexionadas libremente y los pies se encontrarán bien apoyados sobre el piso.(24) Las sillas más seguras que se han diseñado tienen cinco ruedecillas giratorias o patas para reducir la probabilidad de voltearse si el ocupante se reclina hacia atrás. (29)

El taburete del asistente, debe de contar con un descanso o tubo circular para los pies. El soporte para brazos a nivel abdominal es obligatorio. La posición correcta para el ayudante es frente al operador y unos 20 o 25 cm más alto, esto le da la visibilidad necesaria para vigilar el procedimiento por encima de las manos del operador. El asiento debe ser acojinado y grueso para mayor comodidad durante los procedimientos odontológicos largos.

El uso del espejo dental es a menudo esencial para mantener una buena posición mientras el dentista trata de lograr una visibilidad máxima de la superficie dental estudiada. Hay muchos dentistas que son capaces de realizar todos los procedimientos operatorios desde la posición de las 11:00 horas, lo cual habla en su favor. Aunque, en la mayoría de los casos, el dentista deberá ajustarse a la posición que le sea más cómoda, mientras mantiene una posición apropiada compatible con los principios de la ergonomía odontológica.(30)

Para quienes trabajan de pie es necesario conocer el hecho de que siempre hay apoyo en una pierna más que en la otra, por lo tanto hay que cambiar de posición con frecuencia, no recargando el peso del cuerpo en el mismo miembro.

Para algunos procedimientos, y siempre de acuerdo a los cuadrantes que se traten, no debe desecharse la posición de pie.

Hay que tomar en cuenta que las posiciones estáticas, sea sentado o parado, son más cansadas. Es conveniente alternar para evitar cansancio e ir corrigiendo defectos y hábitos.

El piso del consultorio debe tener un nivel plano. Debe de tenerse en cuenta el calzado que se use y deben evitarse los llamados "mocasines" que no sostienen la arquitectura ósea del pie (22).

Se deben evitar los movimientos bruscos y violentos que puedan provocar una distensión músculo-ligamentosa.(24)

Los hábitos deben ser corregidos, pues todos crean una peligrosa agresión muscular con procesos de acomodación iatrogénicas, que está en nuestras manos resolver. (22)

### 2.3.3.7 ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis es la inflamación de una articulación acompañada de trastornos del tejido conjuntivo. Aunque no se conocen las causas se sospecha de infecciones, factores genéticos y endócrinos.

Las causas que pueden predisponer su aparición son: el sexo (es más frecuente en la mujer que en el hombre), la edad, el clima, la ocupación (ataca preferentemente a personas que llevan una vida sedentaria o a aquellas cuya ocupación no les permite hacer ejercicio o estar al aire libre), el estrés emocional, tensión psíquica o esfuerzos físicos excesivos.

La artritis reumatoide puede presentar síntomas precoces como rigidez matutina prolongada y torpeza. Al cabo de unas semanas, se pone de manifiesto una poliartritis simétrica, caracterizada por sensibilidad a la presión e inflamación. El modo habitual de inicio es el de poliartralgias insidiosas, precedidas algunas veces de fatiga y dolores musculares. Las manos, los pies, los codos, los hombros y las rodillas pueden ser sucesivamente invadidos. En otros casos, está presente un marcado componente sistémico caracterizado por febrícula, malestar, anorexia y pérdida de peso. En algunas ocasiones se produce una inflamación progresiva relativamente asintomática de las articulaciones, particularmente las rodillas. El aspecto de las articulaciones afectadas suele ser liso, y redondeado, hay aumento del líquido sinovial, a la palpación, la articulación es dolorosa, tensa y elástica. Hay limitación de movimientos. Más tarde puede aparecer dificultad para mover la articulación (16).

#### 2.3.3.8 ARTROSIS

Conocida también como "osteoartrosis", "artropatía degenerativa" (16), "artritis degenerativa senil" u "osteoartritis" (18) es una afección crónica de las articulaciones, de naturaleza degenerativa no inflamatoria (31). Aunque no han sido bien definidas las causas de la artrosis, se piensa en predisposición genética, obesidad (16), traumatismos, todo exceso de trabajo o factor que moleste el funcionamiento articular (17). Suele aparecer después de los 40 años (18,17). Se ve por igual en ambos sexos, aunque en los hombres ataca mayormente la cadera y la columna vertebral y en la mujer, las rodillas (16,17). Se trata, por lo común, de pacientes con buena salud general y de constitución robusta. A menudo tienen mayor peso que el normal (18,17).

Uno de los primeros síntomas es una ligera rigidez del segmento afectado después del reposo, que desaparece progresivamente con el movimiento de la articulación (18). Puede haber también un dolor sordo localizado en las articulaciones afectadas, que empeora con el movimiento la carga o el peso sobre la misma y después de estos (16). Hay degeneración de cartilago que se gasta en los sitios de mayor fricción o presión. Aparecen excrecencias óseas (osteófitos) alrededor de la articulación, transformándose a veces en cuerpos extraños o sueltos en ella (17) que pueden ocasionar limitación de movimientos. A la exploración física, las articulaciones afectadas pueden ser sensibles a la presión y algunas áreas localizadas pueden ser sumamente dolorosas. Las articulaciones están a menudo calientes, pero no suelen estar eritematosas. Habitualmente hay dilatación ósea, especialmente en las manos. La crepitación es frecuente. Cuando ataca las articulaciones de las manos es frecuente encontrar los llamados nódulos de Heberden, que suelen ser asintomáticos (16) y se localizan frecuentemente a nivel de las articulaciones de la



Es recomendable evitar los excesos de peso sobre la articulación (17). Así mismo se debe dar mantenimiento de la pieza de mano de alta velocidad para evitar la vibración y molestar las articulaciones.

## 2.3.4 PADECIMIENTOS AUDITIVOS

### 2.3.4.1 SORDERA INDUCIDA POR RUIDO

La sordera es una privación completa o parcial del sentido del oído (31). Puede ser congénita o adquirida. Puede ser causada por enfermedades del oído medio, de la cóclea y del nervio coclear o por traumatismos. (19)

La pérdida profesional de la audición puede ser parcial o total, unilateral o bilateral, de conducción o neurosensorial. La primera se debe a alguna obstrucción al paso del sonido del exterior al oído interno. La segunda se debe a la pérdida de células sensoriales o de fibras nerviosas en el oído interno, causada por ruido, lesiones contusas en la cabeza o exposición a sustancias ototóxicas.

La sordera inducida por ruido es el resultado del traumatismo del epitelio sensorial de la cóclea. Causada comúnmente por la exposición continua al ruido que excede los 85 dB. (29)

Como factores de riesgo tenemos a la susceptibilidad de la persona, medio ambiente, equipamiento, infraestructura, cantidad y calidad del sistema rotatorio (32) y tiempo de exposición, ya que la aparición de la lesión en el oído interno aumenta en función de la intensidad del ruido y del tiempo que éste actúe. (9)

Con la edad hay siempre una discreta pérdida "in crescendo" en directa relación con la misma. (32) Es bastante habitual después de los 65 años en adelante, pero también se observa en personas más jóvenes, especialmente las expuestas a ruidos intensos. (19)

En odontología se trabaja con tornos de mediana y baja velocidad los cuales no condicionan peligro a trauma acústico. Sin embargo, los tornos de turbina dan lugar a ruidos cuyo nivel es extremadamente alto (80dB) y en algunos casos puede ser el origen de pérdidas auditivas. (7)

Los ruidos agudos son más lesivos que los de tono graves. Los ruidos continuos son menos nocivos que los discontinuos o inesperados. Un ruido que va aumentando progresivamente es mejor tolerado que uno que aumenta bruscamente. (9) El padecer de sordera permanente o deterioro de la audición se relaciona con la duración e intensidad de la exposición así como de la susceptibilidad genética. (29)

En locales cerrados, el ruido resulta más perjudicial que si este ruido es percibido en el exterior. El funcionamiento de varias máquinas es nocivo para la audición.

El primer síntoma que se presenta es la hipoacusia de percepción bilateral y simétrica que se instaura de forma lenta y progresiva. Hay fatiga auditiva que el odontólogo percibe como una disminución temporal de la audición durante las horas de trabajo que desaparece unas horas después de alejarse de la fuente de ruido. (9)

Con frecuencia, los pacientes se quejan de deterioro gradual de la audición, la queja más común es la dificultad para comprender la conversación en especial cuando existe un sonido enmascarador de fondo. (29)

Hay acúfenos que en un principio son de baja intensidad y temporales, aparecen solo durante la jornada laboral desapareciendo unas horas más tarde, posteriormente se hacen constantes y de mayor intensidad. Son de tono agudo. (9) El zumbido, por lo común, es más molesto para los pacientes cuando hay poco ruido ambiental, algunos se quejan de no poder dormir ni concentrarse cuando se encuentran en un cuarto silencioso. (29) Se presentan los vértigos y las otalgias.

La sordera profesional presenta una evolución muy lenta, progresiva e inadvertida apenas, no llegando al período de estado hasta después de haber pasado varios años sometidos a la acción del ruido. La duración media para establecerse una sordera es de 20 años en la mayoría de los casos. (9)

#### 2.3.4.2 PREVENCIÓN

Por lo general, la audición se estabiliza en pacientes con sordera inducida por ruido si se les retira el estímulo nocivo, en caso contrario, la audición seguirá deteriorándose y por último llegará hasta un daño auditivo grave ó en casos extremos, a la sordera total. (29)

Se recomienda aislar el origen del ruido como la compresora. Contar con protección auditiva individual por medio de tapones y de control audiométrico para controlar las hipoacusias. (9) Cuando se trabaje con piezas de alta velocidad se debe mantener una correcta distancia focal del trabajo así como dar mantenimiento a los rotores de alta velocidad. (32)

## 2.3.5 PADECIMIENTOS ÓPTICOS

### 2.3.5.1 CONJUNTIVITIS

La conjuntivitis es una inflamación de la conjuntiva (17) producida por diversos factores entre ellos: los rayos ultravioleta, microorganismos, alergias o diversas sustancias. (31) Puede ser aguda o crónica.

En la conjuntivitis aguda hay un enrojecimiento de la conjuntiva que puede ir acompañado de lagrimeo y es causado por sustancias que irritan la conjuntiva, como cuerpos extraños, humo, alcoholismo, alimentos irritantes, luz, etc. Puede haber comezón, ardor y sensación de cuerpo extraño en el ojo, los párpados están hinchados, la luz molesta y hay lagrimeo. Los ojos están marcadamente enrojecidos; en cuyo caso se habla de una conjuntivitis contagiosa producida por microorganismos.

En la conjuntivitis crónica, la exposición a los factores antes mencionados por mucho tiempo, pueden provocarla.

La conjuntivitis se caracteriza por congestión en los vasos de la conjuntiva, principalmente en la del párpado, por la presencia de secreciones no espesas y muy escasas ó, con frecuencia, por la inflamación en el borde del párpado. El paciente se queja de ardor y comezón.

Hay otro tipo de conjuntivitis, la cual generalmente acompaña a una rinitis (conjuntivitis alérgica).(17)

En el odontólogo, durante la limpieza de piezas dentarias se manipula sarro que constituye un material séptico que, de alcanzar el ojo del dentista puede ser causa de conjuntivitis así como las gotitas de sangre, saliva, soluciones de lavado o aerosoles que transportan microorganismos, la luz de las lámparas, el polvo que se forma al fresar piezas dentarias, o los materiales empleados en odontología (amalgamas, porcelanas, resinas, etc.) también son causa de conjuntivitis. (11)

### 2.3.5.2 BLEFARITIS

Es una inflamación del borde de los párpados, principalmente de las glándulas sebáceas de las pestañas, (17) que puede durar de 1 a 5 días.(7)

Entre los factores que predisponen a adquirir y mantener esta afección están: una alimentación incorrecta, debilidad general, descanso insuficiente, irritación de los párpados por enfermedad de la piel, polvo, falta de limpieza, humo, infecciones, enfermedades de la vista, trastornos del aparato lagrimal, entre otros.

En la blefaritis, el borde de los párpados está rojo e hinchado. Pueden haber escamas blancas en el borde de las pestañas (forma escamosa). En casos graves puede haber úlceras (forma ulcerosa), hay costras amarillentas y se pegan las pestaña, debajo de las costras hay ulceraciones y las pestañas pueden ir cayendo y a veces no salir nuevamente. (17)

### 2.3.5.3 ASTIGMATISMO

Es un error de refracción del ojo que hace que uno de los planos de la imagen visual se enfoque a una distancia distinta del plano perpendicular, causada generalmente por la forma oblonga de la córnea (33), es decir, no presenta la misma curvatura en todos sus meridianos, el meridiano vertical es más curvo que el meridiano horizontal.

Puede haber tendencia familiar a este defecto. Hay casos en que se adquiere el defecto más tarde si alguna lesión o inflamación de la córnea modifica su curvatura.

Cuando el astigmatismo es poco acentuado no produce síntomas. En los casos más acentuados hay disminución de la agudeza visual.

Se observan síntomas de cansancio visual que aumentan cuando se lee o se escribe mucho o si la salud general no es satisfactoria.

El cansancio se produce por los esfuerzos que hace el paciente para la acomodación que efectúa para hacer más clara su visión.

#### 2.3.5.4 HIPERMETROPIA

También conocida como "hiperopía", se debe por lo general a un globo ocular demasiado corto, o a un sistema de lentes poco potente. (33)

Las imágenes producidas por los rayos luminosos provenientes de los objetos situados a más de 5 metros tienen su foco por detrás de la retina y se ven por lo tanto turbios, es decir, fuera de foco. Hay dificultad de acomodación para la vista cercana.

La hipermetropía puede ser congénita (17) o instaurarse a medida que aumenta la edad, disminuyendo la facultad de acomodación para la visión de cerca lo que obliga a leer cada vez desde mayor distancia (28). Es bastante frecuente que sobrevenga el cansancio visual por la acentuación constante de acomodación para la visión de cerca. Hay síntomas como el dolor en los globos oculares, dolor de cabeza (en la frente aunque también en la región occipital), enrojecimiento de la conjuntiva y de los bordes de los párpados, ardor en estos últimos, lagrimeo y enturbamiento de la visión de los objetos cercanos.(17)

#### 2.3.5.5 PRESBICIA

Conforme la persona envejece, el cristalino crece en longitud y en anchura y se vuelve mucho menos elástico, en parte debido a la desnaturalización progresiva de sus proteínas. Por tanto, la capacidad del cristalino para modificar su forma disminuye progresivamente con la edad. (33)

Puede comenzar a manifestarse hacia los 45 años de edad (17) y hacia los 60 años la amplitud de acomodación es escasa. (26)

Los ojos ya no pueden acomodar ni para la visión cercana ni para la lejana. Por tanto, para poder ver con claridad tanto de cerca como de lejos, la persona de edad avanzada necesita usar gafas bifocales con el segmento superior con una graduación normal para la visión lejana, y con el segmento inferior graduado para la visión proximal. (33)

En el caso del dentista, una iluminación inadecuada acelerará la aparición de los síntomas dependientes de la insuficiente acomodación, debido a los contrastes luminosos del área de trabajo y del espacio fuera de la cavidad bucal. (11) Esto hace que ya no pueda enfocar el ojo para la distancia habitual de trabajo de 30 cm instaurándose la presbicia o vista cansada (26)

#### 2.3.5.6 MIOPIA

Vista corta (17). Es un defecto visual debido a la mayor refracción del ojo en el que los rayos luminosos procedentes de objetos situados a distancia forman el foco antes de llegar a la retina. (31).

El Cirujano Dentista desempeña un trabajo que requiere un elevado porcentaje de precisión (26) las operaciones más meticulosas requieren de un mayor esfuerzo ocular. (30)

Las causas de la miopía pueden ser: la tendencia familiar, una higiene ocular defectuosa como leer o escribir mucho tiempo con luz insuficiente o con letras muy pequeñas, la salud defectuosa, falta de ejercicio al aire libre, una postura incorrecta, etc.

Los síntomas son variables, lo común es la disminución de la capacidad para ver los objetos distantes. Cuando la miopía es acentuada, aún la lectura y la escritura pueden ser difíciles sin corrección pues, para ver bien, el paciente tiene que acercar mucho los ojos. En estos casos pueden



aparecer síntomas de cansancio visual, visión de puntos oscuros o brillantes (17)

Se recomienda que el sujeto no se acerque demasiado al objeto de trabajo cercano, ya que obliga a una mayor convergencia y perjudica el desarrollo corporal por la inclinación del tronco hacia delante, sin embargo, esto determina a veces dolores de cabeza, tensión o tracción en los ojos, debido a una relajación y una insuficiente relación entre convergencia y acomodación. (26)

#### 2.3.5.7 DESPRENDIMIENTO DE RETINA

El desprendimiento de retina puede ocurrir entre los 30 y 60 años, en individuos con predisposición, o con alteraciones en la vista previas como miopías. En esta edad es en donde se desarrolla el mayor esfuerzo ocular durante el trabajo.

Su sintomatología es casi nula. Aparece súbitamente sin dolor, el paciente percibe una "sombra", "velo", "Telón de cortina o "aumento de la nariz" que, al mover el ojo, la sombra oscila y aumenta con el paso del tiempo. La agudeza visual es menor en la noche o en lugares donde la luz es pobre. En ocasiones se precede de fotopsias (sensaciones luminosas como chispas, esferas, relámpagos, etc.). Al hacer determinados movimientos oculares, el paciente observa lluvia de cenizas, enjambres de mosquitos, etc.

A simple vista no se observa cambio en la forma y función ocular. El peligro está en que estos síntomas no son característicos del desprendimiento de retina y en algunos casos no tienen este principio.

### 2.3.5.6 PREVENCIÓN

Hay que tratar en lo posible eliminar las causas que pudieran provocar estos padecimientos. (17) En el caso de la conjuntivitis y blefaritis, se tratará de seguir normas de higiene como no tallarse los ojos con los dedos para evitar cualquier contagio, para el Dentista, el uso de lentes protectores o careta son indispensables (11) ; de igual manera, el uso de lentes especiales cuando se exponga a la luz ultravioleta. (7)

Es recomendable mejorar el estado de salud por medio de una alimentación correcta, rica en vitaminas, ejercicio al aire libre, etc. (17)

El examen periódico con el oculista será el factor primordial para prevenir cualquier trastorno visual.

El astigmatismo, la hipermetropía y la miopía son errores de refracción y para que puedan ser corregidos es necesario el uso de lentes correctores (33). A demás de las visitas periódicas al oftalmólogo para que indique el tratamiento adecuado.

Deben de existir buenas condiciones de iluminación, especialmente durante las horas de trabajo.

En el caso del desprendimiento de retina si el desgarro se ha iniciado se debe proceder al descanso, a evitar la fatiga ocular, vendajes oclusivos y observación médica. Si el desprendimiento ya existe, está indicado el tratamiento quirúrgico y el descanso. (26)

## 2.3.6 PADECIMIENTOS RESPIRATORIOS

### 2.3.6.1 RINITIS

Es una inflamación aguda o crónica de la mucosa de las fosas nasales. Puede clasificarse como alérgica, vasomotora, infecciosa o medicamentosa.

Las causas predisponentes de la rinitis pueden ser defectos de las fosas nasales, sustancias orgánicas inhaladas, irritantes físicos (cambios súbitos de temperatura, polvo, humo, vapores, etc.) y químicos (perfumes, olores fuertes, disolventes orgánicos, polvos de jabón y amoníaco, etc.); medicamentos, etc.

Se presentan como resfríos nasales que parecen no terminar de curar. La rinitis puede ir asociada a estornudos, prurito de garganta, nariz, oídos y ojos, conjuntivitis que suele ser leve y goteo postnasal .

El tratamiento primordial de la rinitis es la administración de antihistamínicos y evitar, si es, posible los factores desencadenantes. (16)

### 2.3.6.2 BRONQUITIS

La bronquitis es la inflamación de los bronquios. Puede ser aguda o crónica. En la bronquitis aguda suele comenzar como un resfrío nasal, extendiéndose luego la inflamación a la laringe, faringe, tráquea y bronquios. Hay malestar general, sensación de frío, dolores en los miembros, pérdida de apetito y fiebre moderada. Hay sensación de ardor u opresión retroesternal y tos seca. Evoluciona como tos seca molesta y frecuente, expulsa con dificultad una pequeña cantidad de esputos mucosos y adherentes. La tos produce a veces dolor en el tórax. La fiebre aparece en casos intensos. Después se hace fluida y más abundante con aspecto mucopurulento de color amarillento o verdoso no adherente, cuando esto ocurre, la tos es más fácil y menos dolorosa.

La bronquitis crónica puede deberse a bronquitis agudas repetidas o a afecciones crónicas del riñón, corazón y del pulmón (neumoconiosis, exposición a vapores, humo, polvos irritantes, etc.). El fumar y el alcoholismo favorecen su aparición y dificultan su curación. En casos comunes se observan los siguientes síntomas: tos, expectoración, disnea de esfuerzo, ruidos característicos al auscultar el pulmón (a veces no están presentes).  
(19)

### 2.3.6.3 ASMA

El asma se refiere a un grupo de enfermedades caracterizadas por sibilancias, tos y disnea, causadas por el estrechamiento de las vías aéreas como consecuencia de broncoconstricción, edema de la mucosa bronquial, aumento de las secreciones bronquiales espesas o alguna combinación de estos factores.

El asma puede ser causado por alergias (polvo, polen, alimentos, etc.) como consecuencia de infecciones repetidas o crónicas de las vías respiratorias, ejercicio en algunos casos, causas psicológicas o agentes que se encuentran en el medio profesional.

Durante el ataque agudo de asma, a menudo se observa taquipnea, braquicardia e incapacidad para sentirse cómodo en una posición tendida, hay obstrucción de vías aéreas, a menudo se acompaña de hiperinsuflación del tórax. La intensidad de las sibilancias puede variar.

Existe un tipo de asma llamado Asma Profesional, donde el asma se desarrolla después de un período asintomático de variable duración a consecuencia de la exposición a un agente sensibilizante que se encuentra en el medio de trabajo como el trabajar con animales (caspa, mohos, bacterias, etc), trabajar con agentes de origen vegetal (algodón, lino, caña, etc.), de origen químico - inorgánico (cloro, dióxido de azufre, níquel, etc), o de origen orgánico (colorantes, formaldehidos, antibióticos, etc).

En el tratamiento del asma es importante explicar al paciente el significado de la hiperrespuesta que presentan las vías aéreas e informarle acerca de los factores que pueden provocar el broncoespasmo. La forma más eficaz es erradicar los agentes causales y la terapia medicamentosa específica como, por ejemplo, la administración de catecolaminas que se venden como inhaladores de bolsillo que emiten una dosis prefijada o en forma de solución, que puede nebulizarse mediante un aparato manual ó mediante la administración de broncodilatadores. (19)

## 2.3.7 PADECIMIENTOS DERMATOLÓGICOS

### 2.3.7.1 ECCEMA

El término eccema define un patrón determinado de respuesta inflamatoria de la piel a una gran variedad de agentes hostiles. Las principales son las dermatitis de contacto, dermatitis atópica y la dermatitis seborreica (20). Aquí nos ocuparemos de la dermatitis de contacto.

### 2.3.7.2 DERMATITIS DE CONTACTO

Es una inflamación aguda o crónica de la piel producida por sustancias que entran en contacto con ella, como el contacto con un alérgeno o agentes irritativos. Según sea la patogenia se distinguen una forma irritativa y otra alérgica.

Como agentes causantes podemos citar a muy diversas sustancias, por ejemplo: medicamentos tópicos, compuestos metálicos, tintes, cosméticos (20), jabones, antisépticos, desinfectantes, etc,. Dentro de la Odontología, por la forma de trabajo, las lesiones irritativas son las más frecuentes debido a los lavados continuos y a la acción agresiva de jabones y antisépticos como el hipoclorito de sodio, cloruro de benzalconio, alcoholes, aldehidos como el formaldehido y el glutaraldehido. Fenoles como el eugenol, paraclorofenol, etc. De los metales podemos citar al cromo, níquel y mercurio, materiales de impresión, acrilatos y resinas; el uso constante de guantes de goma, entre otros. (7)

La dermatitis por contacto se manifiesta generalmente por enrojecimiento, hinchazón, comezón y pequeñas vesículas que pueden romperse dando líquido(17), costras y descamación. Las áreas afectadas serán las que hayan contactado con el agente responsable. (20) Aunque la

zona más comúnmente afectada es el dorso de las manos, no hay una limitación clara entre la piel afectada y la normal (29).

La prevención se basa en reducir la exposición a los agentes irritantes o alérgicos.(20) En lubricar la piel después de la realización de las labores(29). En caso de que el alérgico no pueda ser eliminado, el tratamiento será sintomático y si el prurito es muy intenso se prescribirán antihistamínicos orales (20). Cuando la piel está seca se prescribirán ungüentos. La corticoterapia tópica puede ayudar, al igual que el no manipular las sustancias irritativas directamente evitando el contacto con la piel(29). El uso de guantes en ocasiones produce dermatitis, en estos casos, se puede usar guantes hipoalérgicos o un guante de algodón debajo del guante de látex.

### 2.3.8 PADECIMIENTOS NEUROLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

Por diversas causas, la Odontología es una de las profesiones más generadoras de tensión y muchos de los dentistas, ya sea por problemas materiales o estructura de personalidad, tienden naturalmente al exceso de trabajo, cuyos resultados suelen ser los opuestos a los buscados (6).

El Odontólogo tiene rasgos de personalidad que lo predisponen a la fatiga física y mental; a la depresión, a la automedicación, drogadicción, alcoholismo y suicidio.

Los Dentistas tienen padecimientos neurológicos, psicológicos o psiquiátricos dos y media veces más que otros profesionistas.

Además, es renuente a reconocer sus problemas y pedir ayuda. (3) Por más que los síntomas sean claros y fácilmente identificables desde afuera, resulta mucho más difícil que un profesionista reconozca que eso le está ocurriendo a él (6).

El estrés según Hans Selye es "la respuesta no específica del organismo a cualquier estímulo que le sea aplicado". Es la "sal de la vida". El estrés es un proceso normal de adaptación, es necesario en la vida para mantenerse alerta, enérgico, con entusiasmo, es indispensable para poder reaccionar y actuar ante una situación determinada. Lo lamentable y perjudicial para la salud es no manejar adecuadamente dicho estrés.

El manejo del estrés puede ser positivo o negativo. La respuesta positiva es la reacción de adaptación, en donde se toma al estímulo como un reto y no como una amenaza, manteniendo a la persona alerta y con entusiasmo. La respuesta negativa se presenta cuando se toma a ese estímulo como amenaza y se traduce en frustración, indisposición, angustia, etc.



Cada quien reacciona diferente ante el estrés, que va de acuerdo a la constitución biológica, psicológica, potencial de adaptación y educación. Se tiene también capacidad distinta de tolerancia y cuando se rebasa ese límite, inicia el daño psicológico y físico.

El daño psicológico se traduce en actitudes de frustración, angustia, enojo, desilusión con sentimientos de autodestrucción.

La edad más peligrosa para sucumbir es alrededor de los 40 años ya que se inicia la angustia de la inseguridad financiera para el futuro, mientras que la edad más productiva de los 35 a 45 años, es la década indicada para realizar balance de nuestra actuación y asegurar un futuro económico.

Es frecuente encontrar irritabilidad, angustia, frustración, inseguridad, obsesividad, miedo, impaciencia, ira, fastidio, depresión, autoagresión, drogadicción, alcoholismo, problemas familiares, divorcio y suicidio (3).

#### 2.3.8.1 OBSESIONES Y COMPULSIONES

El vocablo "obsesión" tiene su origen en la palabra latina *obsidere*, que significa cercar, asediar, bloquear. Las obsesiones son definidas como ideas, pensamientos, imágenes o impulsos que no se producen voluntariamente. Estos sucesos mentales tienen un carácter intruso, repetitivo y persistente en la conciencia del individuo y son experimentados por éste como "sinsentido" o repugnantes ya que causan angustia o culpa (34). La característica fundamental de la obsesión es que aparece contra el deseo del paciente y en muchos de ellos existe una resistencia a estos pensamientos. De ello podemos deducir que sólo podemos denominar obsesivos a los sucesos mentales que están normalmente bajo control del paciente y pueden ser resistido por él. Las ideas obsesivas toman la forma de rumiaciones de toda clase de temas. Los impulsos obsesivos pueden ser impulsos a tocar, contar o cambiar de lugar los objetos o a cometer actos antisociales (35). La apariencia del individuo obsesivo se caracteriza por una

importante limitación de la expresividad emocional que confiere un aspecto formalista y serio permanente.(36).

Las compulsiones no son más que actos motores obsesivos (35). El término compulsión proviene del término alemán "Zwang" que equivale a fuerza o violencia y se traduce puntualmente como compulsión.

Cuando están presentes las dos se habla de un trastorno obsesivo-compulsivo, en donde las ideas, imágenes o pensamientos aparecen en la mente del paciente en contra de su voluntad (34) manteniendo contra ellas una lucha interna (36), generando angustia y sin poderlas controlar eficazmente si no es de forma transitoria a través de rituales, como verificar, anotar, comprobar, ordenar, siendo meticuloso e incluso llegar al autocastigo. Gran parte de las conductas obsesivo-compulsivas son originadas por la duda por ejemplo; el repetir una y otra vez las cosas o los rituales de limpieza como lavarse las manos una y otra vez por temor a una infección, entre otros. El individuo reconoce generalmente el "sin sentido" de la conducta y no obtiene placer alguno por llevar a cabo tal actividad aunque sí le proporciona una liberación momentánea de tensión (34).

La conducta obsesivo-compulsiva en el Odontólogo muchas veces se traduce en meticulosidad, orden exagerado o disciplina excesiva o injustificada para sí, para su cónyuge o hijos. (3)

En muchos casos, la compulsión se traduce en trabajo excesivo que suele tener sus raíces en la personalidad del individuo.

Para el Dentista su descarga obsesivo-compulsiva es que no se puede escapar, sin pasar antes por trámites, de varias docenas de pacientes que atender.

Hay que excluir a los Odontólogos jóvenes en sus esfuerzos por armar su práctica profesional. Estos no son individuos obsesivos, sino individuos con un objetivo claro y preciso frecuentemente acosados por la necesidad económica (6).

#### 2.3.8.2 IRRITABILIDAD.

Puede definirse como una tendencia a la explosividad o como un estado de control insuficiente sobre los impulsos agresivos hacia otras personas, con frecuencia, las más cercanas y queridas.

Se manifiesta en forma de gritos y golpes, lanzamiento de objetos y portazos, o como ataques físicos reales. Puede ser un rasgo de personalidad, como la "Personalidad Explosiva", en donde el humor es inestable y se manifiesta por ataques súbitos de cólera que no pueden controlarse, también se presentan las reacciones impulsivas y agresivas; además, estas personas tienden a beber en exceso y a cambiar frecuentemente de trabajo.

La irritabilidad, frecuentemente, es una manifestación de la tensión que acompaña a la ansiedad (35).

Las personas irritables suelen tener entre sus antecedentes personales, tendencia al insomnio y un estilo de comportamiento rígido e hipercrítico. Aunque aparentan serenidad, estas personalidades denotan tensión interna e inquietud. Son intensamente emotivos frente a situaciones que impliquen cuestionamiento de su dominio o autoridad. (36).

#### 2.3.8.3 AGRESIÓN

La agresión es un impulso vital en el género humano, necesario para la supervivencia. Responde a distintos estímulos y es en diferentes formas en cada persona, pudiendo tomar la forma de una tendencia agresiva dirigida a otro para destruirlo, contrariarlo o humillarlo.

En el Odontólogo la agresión describe un conflicto en el control de la misma y no necesariamente una conducta violenta. (4)

#### 2.3.8.4 DEPRESIÓN

El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones psicológicas más frecuentes de los seres humanos. (36)

La depresión puede constituir unas veces un síntoma, otras un síndrome y otras una enfermedad, de ahí que se encuentre en innumerables situaciones y cuadros clínicos lo que explica las altas cifras de depresión.(36)

Entre los síntomas de la depresión podemos citar a la tristeza que se manifiesta por sentimientos de abatimiento, pesadumbre, infelicidad e incluso irritabilidad. En los casos graves el paciente puede llegar a negar sentimientos de tristeza, incluso, decir que no tiene ningún sentimiento. En estos casos graves es frecuente que conductas como llorar estén casi completamente inhibidas. La inquietud y la ansiedad están presentes, el sueño excesivo (hipersomnía) o la pérdida de sueño (insomnio postdormicial), la fatiga, pérdida de apetito, disminución de actividad y deseo sexual, molestias corporales como dolor de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, visión borrosa, etc. (34). A menudo, el paciente se queja de una sensación de confusión en la cabeza, lo que parece un intento de expresar su dificultad para pensar. Con frecuencia siente una banda apretada alrededor de su cabeza (35).

Una de las principales características de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones interpersonales, ya que estos pacientes sufren de rechazo de las personas que les rodean lo que a su vez los aísla aún más.

La desesperanza; es decir, la visión totalmente pesimista también está presente. (34). Los acontecimientos se consideran en su peor aspecto (35), lo que en casos graves puede llevar a ideas de suicidio (34). El paciente está constantemente preocupado por ideas desagradables y tiene dificultades para concentrarse en las tareas que realiza. (35).

Es frecuente la apatía o la indiferencia (34). Por lo general existe inhibición del pensamiento, pérdida del impulso y disminución de la actividad voluntaria (35). Levantarse de la cama por las mañanas o asearse pueden convertirse en tareas imposibles, y en muchos casos, se abandonan los estudios, el trabajo, etc. (34). Puede haber dificultad para tomar decisiones (35), como el decidir la ropa para vestirse, puede convertirse en una tarea insalvable.

El autodesprecio y la pérdida de la autoestima son frecuentes. Ante sucesos negativos, los sujetos deprimidos, suelen atribuir la causa del suceso más a sus defectos o incapacidades que a factores externos, provocando deterioro en su autoestima (34) y falta de confianza en sí mismos. (35)

La autoestima del Odontólogo frecuentemente está disminuida. Se ve como una máquina o un instrumento al servicio de la humanidad. Se le enseña a trabajar con perfeccionismo y a reprimir las emociones y sentimientos, provocando que se presenten las frustraciones, agresiones, miedos y reprobación. (3)

Generalmente la profesión no goza de buena opinión a pesar de los años de estudio, entrega y dedicación a ella. Socialmente un médico viejo es más estimado y aceptado que un dentista anciano.

Según los terapeutas, el Dentista típico que más probabilidades tiene de sucumbir ante la depresión es el profesionalista de 40 años, que estuvo ejerciendo (clientela privada) durante 12 a 15 años, está casado y tiene dos o tres niños, sin embargo su matrimonio no anda bien. Es posible que el matrimonio estuvo sometido a demasiadas presiones durante la formación de la clientela para que pudiera sobrevivir la relación matrimonial. De cualquier manera, existen problemas personales, además de la tensión de la práctica, que contribuyen a aumentar el estado de depresión.

Desafortunadamente los rasgos que caracterizan al buen Dentista son también aquellos que predisponen a la depresión ya que son: dominio excesivo de la expresión emocional, atención compulsiva a los detalles, escrupulosidad y tendencia a posponer la gratificación.

El proceso tradicional de selección de los estudiantes ha contribuido, aunque involuntariamente, a crear este problema. Para el ingreso en las escuelas de Odontología, con frecuencia se escogen candidatos con estilo de vida de tipo obsesivo-compulsivo. Este estilo de vida, a pesar de sus ventajas en cuanto a productividad, lleva implícito una propensión no solo a la depresión al pasar los 40 años, sino también a posible abuso de bebidas alcohólicas y drogas con peligro concomitante de suicidio.

Como la mayoría de los Dentistas atienden una clientela privada no tendrán la oportunidad de compartir sus experiencias como lo hacen otros grupos profesionales disminuyendo así su estado de tensión gracias al refuerzo del colega.

Otro rasgo de los Dentistas es la tendencia a la competencia entre sí, lo cual impide el desarrollo de una amistad íntima con otros dentistas, en particular con un colega que podría actuar como confidente. Como además, los temas de conversación con el paciente son bastante limitados, el dentista no desarrollará aquellos comportamientos sociales que suelen crearse en otras profesiones y acabará siendo un introvertido, no por naturaleza, sino debido a la enajenación inherente a su profesión.

Cuando falta el apoyo del medio y de la amistad y que además existen problemas familiares; la carga sobre el dentista puede ser superior a su capacidad de resistencia. Esto puede conducir a un sentido agobiante de desesperanza y profunda depresión. (2)

#### 2.3.8.5 ANSIEDAD

Es una emoción compleja, difusa y desagradable que se expresa por un sentimiento de temor y de tensión emocional.

La ansiedad es la anticipación de un peligro venidero, indefinible e impredecible (34) que no es atribuible a peligro real. Puede presentarse en forma de crisis o bien como un estado persistente (36).

El paciente experimenta ansiedad como una sensación de catástrofe de peligro inminente (34), hay un sentimiento penoso de espera y de malestar interior (36). La reacción de ansiedad es de sobresalto, tratando de buscar una solución al peligro. En otras la ansiedad se manifiesta como conducta de escape ó evitación, que se exterioriza como un estado de inhibición motriz en donde el individuo se queda quieto, paralizado, sin poder moverse. En otros casos se observa tartamudeo, temblores y necesidad de moverse continuamente, mostrando dificultad de atención o concentración. Puede provocar alteraciones somáticas como taquicardia, sensación de ahogo, sudación excesiva, manos frías, insomnio, etc. (34)

#### 2.3.8.6 FRUSTRACIÓN Y TENSIÓN

La frustración, concebida como el deseo de obtener un fin que se ve obstaculizado por factores internos y externos se traduce en sensaciones de enojo, desilusión ó ira, que al no ser resueltas pueden ser tornadas en mecanismos inadecuados, como sometimiento al paciente, autodevaluación y obsesividad o bien omnipotencia, tendencia a la seducción y depresión, que implican un gasto de energía inútil, conducente a la fatiga emocional y a una reducción importante de la eficiencia profesional. (4)

El dentista experimenta frustraciones relacionadas con los pacientes mientras trata de alcanzar los objetivos del tratamiento. El dentista no podrá aplicar todos sus conocimientos y experiencia en el tratamiento de un

paciente que sólo aceptará parte del tratamiento que el Dentista considera como necesario. A veces, el enfermo está de acuerdo con el dentista que es preciso hacer el trabajo, pero rechaza su ejecución debido al costo elevado que implica y entonces el dentista se ve forzado a modificar el tratamiento propuesto.

El Odontólogo tiene a veces la impresión de dirigir un negocio de composturas, brindando un tratamiento de urgencias para enfermos que rehúsan el tratamiento completo, aunque después tendrá que asumir toda la responsabilidad de resultados que estarán lejos de ser ideales. (2)

El luchar para lograr la perfección y durabilidad de un trabajo odontológico es una de las causas más importantes de tensión y frustración en odontología (26) así como la incapacidad o falta de preparación para realizar determinado trabajo dental (3), muchas veces, el hecho de no poder remitir o rechazar los casos que van llegando y atenderlos aunque no sean de la especialidad, o no se domine esa área o técnicas trae más problemas que beneficios (6); el no alcanzar las metas propuestas o la frustración por trabajos que no llenaron las perspectivas deseadas son causas de frustración y tensión. (3)

Las causas más frecuentes de tensión en el Cirujano Dentista son: limitación del lugar de trabajo, manejo inadecuado del tiempo, horarios apretados y número exagerado de citas en un día. Atender pacientes incomprensivos, hostiles, agresivos, miedosos o temerosos al tratamiento dental. Contar con un personal auxiliar y staff ineficiente. Presiones financieras, inseguridad económica para el futuro. Falta de recompensa material y espiritual de los tratamientos efectuados.

Las consecuencias de estos eventos pueden llevar a la autodestrucción y muerte prematura, ya que la exposición crónica a situaciones de tensión durante períodos prolongados, tienen impacto sobre la salud mental y física del dentista y puede acortar los años de vida (3)



### 2.3.8.7 ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS

Cuando el Cirujano Dentista presenta manejo negativo del estrés y cae en actitudes y sentimientos de autorechazo y autodestrucción, frecuentemente inicia la automedicación con tranquilizantes, narcóticos, estimulantes etc., para continuar con el alcoholismo, acarreando todos los problemas de éste y terminar en el suicidio. (3)

Antes de acudir en busca de ayuda al psiquiatra o al psicólogo, el dentista preocupado y agobiado trata, a veces, de remediar sus problemas mediante automedicación o alcohol. Los dentistas pueden procurarse con bastante facilidad drogas, narcóticos y analgésicos poderosos.

El uso exagerado de alcohol como medio para "sentirse mejor" puede ser el primer síntoma para la dependencia de narcóticos.(2)

Para el Cirujano Dentista el perfeccionismo en su práctica lo lleva a la insatisfacción, de ahí al exceso de trabajo, de ahí a la fatiga, los errores y la ineficiencia, que a su vez da lugar a nuevas y más graves insatisfacciones; estando presente la compulsión utópica de trabajar para recuperar ese atraso crónico, corregir esa ineficiencia, que pese a todos los esfuerzos, sigue creciendo.

Es en estos casos que el Odontólogo; afectado por la pérdida de eficiencia, decide extender sus horas de consulta, con el objeto de compensarla. Esto trae como consecuencia aumento de la fatiga, nueva merma de la eficiencia, menores resultados reales, y un progresivo deterioro de la salud física y mental.

La "automedicación" en estos casos suele ser nefasta, ya que pasa por las drogas y el alcohol. Los conocimientos de farmacología, en este caso, no ayudan mucho, sobre todo considerando que dichos conocimientos (en el dentista mexicano) son rudimentarios. No conoce gran cosa de efectos secundarios, ni de tolerancia, ni de adicciones; peor aún, desconoce los efectos de una droga tomada en presencia de otra, o en presencia de

alcohol. Resultado: corre el riesgo de ingerir unos "cocteles" realmente mortales (6).

Cabe mencionar, que no todos los Dentistas actualmente, carecen de conocimientos de farmacología, pero es menester darle más énfasis dentro de la currícula Odontológica.

#### 2.3.8.8 FATIGA

El excesivo ejercicio profesional Odontológico en condiciones adversas, con sobrecarga en el numero de pacientes atendidos en un día es causa de fatiga. Fatiga que es reversible adoptando ciertos hábitos pero, que si no es reconocida, aceptada y corregida, constituye el primer paso de desadaptación provocando tensión, angustia, ansiedad, depresión, miedo, desesperación, irritabilidad, enojo, etc.(3)

Pero la respuesta de cada individuo ante la fatiga es diferente. Si un profesionista reacciona ante la fatiga de la manera más lógica (es decir, descansando), será poco probable que el exceso de trabajo devenga en estrés. Si por el contrario su respuesta es tratar de cumplir con alguna exigente pauta de trabajo o sentir que su honor personal está en juego o trabajar impelido por una sensación de urgencia crónica, entonces su pronóstico personal queda seriamente en entredicho.

Muchos Dentistas se niegan a seguir un ritmo descansado de trabajo porque consideran que el tiempo es dinero. (2)

Este esquema de conducta es difícil de romper y conduce a una especie de espiral de conducta en cuyo centro se encuentra la depresión.

Muchas veces, la fatiga que no ha sido resuelta va tejiendo su propia sintomatología, caracterizada por la irritabilidad y el insomnio. La primera acentúa el aislamiento del individuo y la segunda realimenta la fatiga.(6)

La fatiga está dada por la batalla diaria del trabajo constante, rutinario y sin motivación en la tarea (35). El dentista realiza procedimientos que con

frecuencia se transforman en gestos automáticos que ya no producen estimulación mental (2), creando un ambiente negativo para el trabajo y llevando a fatiga mental (37). Al poco tiempo se presentan los olvidos, los errores garrafales y la dificultad de concentración.

En estos casos, la personalidad acosada inventa soluciones aparentemente lógicas, trabajar más para recuperar el atraso. Buscará ser eficiente atendiendo a un mayor número de enfermos acarreado más fatiga y males físicos. Aparecerá entonces la insatisfacción, la depresión y el cinismo ante el trabajo. Un síntoma temprano es la creciente rigidez del pensamiento ante los problemas terapéuticos. Si normalmente existen tres o cuatro vías para abordar un problema de salud bucal, el profesionalista atrapado en depresión, solo podrá ver una de estas vías, sin tener la inquietud ni la posibilidad de considerar una alternativa. (6)

## 2.4 SÍNDROME DE "BURNOUT"

El síndrome de "Burnout", también llamado síndrome de "estar quemado" o de "desgaste profesional"; se considera como la fase avanzada del estrés laboral y se produce cuando existe un desequilibrio entre las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario (38), encontrando frecuentemente en el profesionista insatisfacción que se acompaña de angustia y desinterés por la práctica de la profesión. (39)

Este síndrome es un mal invisible que afecta y repercute directamente en la calidad de vida y fue descrito por Maslach y Jackson en 1986 como un síndrome de agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal entre los individuos que trabajan con personas, como el personal sanitario, de enseñanza, asistentes sociales, etc. y que según Maslach es personal de ayuda. (38)

Entre los principales factores que intervienen para su aparición están: el bajo nivel de experiencia profesional, la cantidad de horas de trabajo, los turnos rotatorios y el tipo de enfermo que se atiende. (38)

En el ámbito laboral sanitario, las principales fuentes de Burnout que más se detectan son: atención en el cuidado de los pacientes, ambigüedad de roles, conflictos de grupo, el trato con los familiares de los pacientes, sobrecarga de trabajo, falta de autonomía y malas relaciones con los compañeros o con los superiores en el trabajo. (40)

La forma en que este síndrome se manifiesta es a través de síntomas específicos; los más habituales son: 1.- síntomas psicósomáticos como fatiga crónica, trastornos del sueño, úlceras y desórdenes gástricos así como tensión muscular; 2.- síntomas de conducta entre los cuales tenemos al absentismo laboral o las adicciones al tabaco, alcohol o drogas; 3.- síntomas emocionales como irritabilidad, incapacidad de concentración, distanciamiento afectivo; y 3.- síntomas laborales en donde la capacidad

para realizar el trabajo disminuye y se presentan las acciones hostiles y los conflictos.

Para evaluar la presencia de éste síndrome se utiliza el "Inventario Burnout" de Maslach, formado por 21 ítems en los que se valoran el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.

Para evitar la aparición del Síndrome de Burnout, se pueden sugerir algunas recomendaciones a las empresas como las promociones internas justas, flexibilidad de horario, apoyo a la formación y mayor grado de independencia. (38)

## 2.4 MEDIDAS PREVENTIVAS

Podemos mencionar tres aspectos para la prevención y son: aprender a hacer frente o encontrar soluciones a las causas de las tensiones; establecer normas de vida sana y cultivar la satisfacción por el trabajo bien hecho. (30)

### 2.5.1 APRENDER A HACER FRENTE A LAS SITUACIONES DE TENSIÓN.

La medida preventiva más importante es crear un estilo de vida equilibrado.

Se debe hacer frente al estrés, reconocerlo y encontrando soluciones positivas, al igual que reconocer las causas que ocasionan tensión y eliminarlas.

Es necesario mejorar la autoestima, darse autoimportancia e introducir sentimientos de satisfacción en el trabajo cumplido, entender que la perfección perpetua en los trabajos realizados no es factible. Manejar la retroalimentación positiva y mantener una buena opinión de uno mismo.

Se deben conocer, entender y evaluar los hábitos destructores que disminuyen la calidad de vida.

Es indispensable mejorar las relaciones interpersonales con el paciente, con el personal auxiliar del consultorio, con la pareja, hijos, colegas, amigos, etc.

Es preciso aprender a manejar el ritmo y tiempo de trabajo. Organizar la agenda de trabajo y no sobrecargarla. Atender a primera hora los pacientes con tratamientos difíciles o pacientes problema. Hacer primero lo que menos gusta o agrada.

Realizar entre cada paciente algunos movimientos o ejercicios, tomar un vaso con agua, relajarse, etc, para romper la monotonía.

Se deben mejorar las técnicas de operación. Se deben usar los métodos la tecnología y materiales que se dominan, reconocer las limitaciones. Se debe actualizar y poner en práctica las técnicas aprendidas y las técnicas modernas pero que vayan de acuerdo con la forma de trabajo. Estar dispuesto al cambio para mejorar.

Corregir las posturas viciosas y hábitos dañinos. Demostrar satisfacción ante el trabajo bien hecho, evitar el supeperfeccionismo, aceptar lo hecho y seguir adelante.

Delegar funciones, pero supervisar todos los procedimientos y que estén bajo nuestro control.

Mejorar el medio ambiente en que se trabaja o vive, cambiar la decoración, iluminación, equipo y materiales.

No llevar los problemas del hogar al consultorio ni viceversa. Evitar que los problemas entren en la cama. (3)

## 2.5.2 ESTABLECER NORMAS PARA UNA VIDA SANA

Se debe mejorar la alimentación en calidad y horarios. Se debe optar por una dieta balanceada y evitar tabaco, café y alcohol.

Disfrutar de un sueño reparador en calidad (3) y lo suficientemente duradero para descansar de acuerdo a la actividad diaria. (37)

Realizar un programa de reacondicionamiento físico permanente, precedido por la valoración de un examen médico. Los mejores ejercicios son los aeróbicos, caminata, trote, natación, bicicleta fija, etc.

El ejercicio es benéfico al proporcionar tonificación muscular, mejoramiento de la circulación con restablecimiento de la respiración y ritmo cardiaco. (3)

El ejercicio puede ser periódico y llevar una etapa de calentamiento (5min). Una fase activa de (20 min.) y un periodo de enfriamiento (5min). (15)

Participar en pasatiempos interesantes, en actividades estimulantes desde el punto de vista físico y mental. Practicar el hobby de elección, escuchar música de acuerdo a la preferencia o leer. (3)

Aprender y practicar métodos de relajación o control mental y tomar las cosas con calma (37)

Disfrutar de la familia y de los amigos, compartir experiencias y convivir con ellos. Saber escuchar y comprender a la pareja, tratar de entender a los hijos, brindarles apoyo y consejos.

Es adecuado tomar vacaciones periódicas y días semanales de descanso para romper la rutina. Es aconsejable descansar dos días a la semana para mejorar la salud y laborar más años. Las vacaciones se deben programar dos o tres veces al año de acuerdo a la actividad y organización no representando sacrificios económicos ni morales.

Asistir a un congreso o seminario de buen nivel puede ir unido al descanso, lo agradable con la actualización profesional y el convivio con los colegas. (3)

### 2.5.3 CULTIVAR LA SATISFACCIÓN PRODUCIDA POR EL TRABAJO BIEN HECHO.

Se deben plantear metas realistas, positivas y accesibles, No deben de plantearse expectativas falsas, ajenas a nuestra personalidad para no caer en actitudes de frustración por no poder alcanzar esas metas. (3)

Hacer que el trabajo sea reconocido y encontrar satisfacción en ello.

Se deben encontrar los hechos positivos en la profesión, ya sea la correcta interrelación médico-paciente, el cobro de un buen honorario o el hecho de haber ayudado a alguien en su dolor, estética o rehabilitación constituyen hechos positivos.

Aprender a compartir la problemática. (37) Si el dentista detecta alguna reacción ante una situación de tensión en la que sea necesario tomar



medidas terapéuticas, debe hacerlo. Por ejemplo: salir de vacaciones, hablar con el médico de cabecera o el cura, buscar la ayuda de un psiquiatra o psicólogo permanente. El Cirujano Dentista debe aprender a ser menos renuente para pedir ayuda cuando lo necesite. (2)

En la carrera de Odontología y en la práctica profesional hay muchas satisfacciones, pero al mismo tiempo está llena de exigencias, por estas razones el Cirujano Dentista debe aprender a reconocer los factores que puedan llevarlo al desequilibrio mental, físico y emocional y debe de tomar medidas pertinentes para conservar un estilo de vida equilibrado, entre su profesión, su vida familiar, personal y su salud.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La mayoría de los profesionistas del área de la salud estamos expuestos, por las características de nuestro trabajo a ciertas condiciones físicas, químicas, biológicas y/o psicológicas que pueden causar algún deterioro en la salud, llegando incluso a contraer o desarrollar cierto tipo de enfermedades. El Cirujano Dentista trabaja en un ambiente muy especial, con condiciones a veces no óptimas para el buen desempeño de sus labores, haciéndolo propenso a padecer de dolores musculares, problemas en la columna vertebral, problemas auditivos y ópticos, padecimientos respiratorios, dermatológicos; problemas que con el paso del tiempo tienden a acentuarse. Además, la vida del Cirujano Dentista; en la mayoría de los casos, es sedentaria, sumado a la práctica solitaria de la profesión y el distanciamiento que éste tiene con sus familiares, colegas y amigos lo hacen vulnerable a las enfermedades cardiovasculares y los padecimientos neurológicos, psicológicos y psiquiátricos, incluidos el tabaquismo, el alcoholismo y la drogadicción. Estos padecimientos tienen repercusión en el modo de realizar su trabajo. Si el Cirujano Dentista padece algún tipo de enfermedad debe implementar medidas que le permitan desempeñar adecuadamente su trabajo.

## 4. JUSTIFICACIÓN

Aunque existe información acerca del cuidado que debe de tener el dentista para evitar algún padecimiento, se pueden llegar a presentar con el paso del tiempo. El hecho de que la salud del dentista se vea quebrantada va a repercutir en su vida laboral, familiar y personal. A este respecto, son pocas las investigaciones que se han hecho y es importante reconocer los factores que, dentro de la misma profesión, son capaces de orillar a situaciones de tensión, exposición a factores físicos, químicos, biológicos ó de estrés que al ser mal manejados ó enfrentados desemboquen en la inestabilidad de la salud del dentista.

Es por esta razón que esta investigación puede servir como base para implementar cursos o seminarios especiales para informar a los estudiantes de la carrera de odontología y profesionistas en general acerca de las enfermedades que se pueden desarrollar así como sugerir la inclusión de clases, temas selectos o talleres de psicología para enseñar a los estudiantes a manejar y canalizar adecuadamente el estrés. De esta forma, el nuevo profesionista se encontrará mejor preparado para enfrentar las situaciones que le generan tensión, reconociendo y actuando de manera oportuna y apropiada ante dichas situaciones que ponen en riesgo su salud o, en caso de ya encontrarse inmerso en una de ellas, saber cómo manejarla y canalizarla adecuadamente. Así desempeñará mejor su labor y será más útil a la sociedad y a su comunidad.

## 5. HIPÓTESIS

- H1 Entre los Cirujanos dentistas existe una alta prevalencia de estrés
- H0 Entre los Cirujanos dentistas no existe una alta prevalencia de estrés
- 
- H2 Los padecimientos más frecuentes corresponden al sistema circulatorio.
- H0 Los padecimientos más frecuentes no corresponden al sistema circulatorio.
- 
- H3 Las posiciones de trabajo que adopta el cirujano dentista lo condicionan a que pueda padecer de deformidades en la columna vertebral.
- H0 Las posiciones de trabajo que adopta el cirujano dentista no lo condicionan a que pueda padecer de deformidades en la columna vertebral.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL**

1. - Conocer las principales enfermedades que desarrolla el Cirujano Dentista en su práctica profesional.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. - Conocer el estado de salud de la población de estudio por edad y sexo.
2. - Identificar los padecimientos más frecuentes en el Cirujano Dentista.

## **7. METODOLOGÍA**

### **7.1 MATERIAL Y MÉTODO**

Los profesionistas participantes pertenecieron a la Facultad de Odontología de la UNAM y a consultorios privados. Las variables de estudio fueron en función del estado de salud de los profesionistas y su relación con el ejercicio profesional.

Las edades estuvieron comprendidas de los 28 a los 68 años de edad.

### **7.2 TIPO DE ESTUDIO**

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

### **7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Odontólogos con ejercicio profesional mayor de 5 años pertenecientes a la Facultad de Odontología y Odontólogos de consultorios privados.

### **7.4 MUESTRA**

La muestra comprendió a 50 Cirujanos Dentistas.

## **7.5 VARIABLES DE ESTUDIO**

Las variables de estudio fueron

1. Edad.
2. Sexo
3. Estado civil
4. Tiempo de ejercicio profesional
5. Tipo de práctica profesional
6. Horas dedicadas al ejercicio odontológico.
7. Actividades deportivas, recreativas y la frecuencia en que son realizadas.
8. Número de pacientes que el Dentista atiende en un día.
9. Enfermedades que ha padecido y tiempo de evolución de la misma.
10. Presencia de hábitos nocivos
11. Actividades para eliminar las tensiones, grado de satisfacción de su carrera.
12. Valor que le da a su salud.

## **7.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario con 61 variables de estudio (anexo), el cual se aplicó a Cirujanos Dentistas de género masculino y femenino, que tuvieran más de 5 años ejerciendo la carrera y desearan participar en el estudio.

La recolección de datos y el análisis de la información se realizó con ayuda de los programas Excel y Word del paquete Office 97.

## **7.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### **Criterios de inclusión**

1. Cirujanos Dentistas con ejercicio profesional de cinco años en adelante de sexo masculino y femenino.

### **Criterios de exclusión**

1. Cirujanos Dentistas que no deseen participar o contestar la encuesta.
2. Cirujanos Dentistas con práctica profesional menor a cinco años.

## **7.8 RECURSOS**

### **Humanos**

- a) Una directora Cirujana Dentista
- b) Una asesora Cirujana Dentista
- c) Una investigadora pasante de Odontología
- c) Capturista de datos
- d) 50 Cirujanos Dentistas de la Facultad de Odontología de la UNAM

### **Materiales**

- a) 120 fotocopias de la encuesta aplicada tamaño oficio
- b) 60 grapas
- c) Una engrapadora
- d) lápiz, goma, bolígrafos
- e) Computadora pentium III, paquete Oficce 97
- f) Cámara fotográfica
- g) 1 rollo fotográfico
- h) 4 baterías AA
- i) 300 hojas blancas tamaño carta



Físicos o de Infraestructura

- a) Biblioteca de la Facultad de Odontología de la UNAM.
- b) Biblioteca del Posgrado de la Facultad de Odontología de la UNAM
- c) Biblioteca de la Asociación Dental Mexicana.
- d) Facultad de Odontología

Financieros

\$ 900 pesos

## 8. RESULTADOS

La investigación estuvo conformada por Cirujanos Dentistas de sexo masculino en un 64% y en un 36% por Cirujanos dentistas de sexo femenino. (gráfica 1)

Las edades se presentaron de la siguiente forma: 24% de los 46 a 50 años; 22% de los 40 a 45 años; 20% de los 34 a 39 años; 14% de los 28 a 33 años, 55 a 51 años; 4% de 56 a 60 años y 2% mayor de 60 años. (gráfica 2)

El 72% de la población de estudio estaba casado; 16% soltero; 6% separado; 4% divorciado y viudo el 2%.

Se observa que el 24% de los dentistas tiene ejerciendo de 21 a 25 años; el 22% de 11 a 15 años; el 20% más de 25 años; el 18% de 5 a 10 años y el 16 % de 16 a 20 años. (gráfica 3)

La práctica profesional en el 52% de la población de estudio resultó privada; en el 38% privada e institucional y tan solo en el 10% institucional. (gráfica 4)

El ejercicio profesional, en la mayoría de la población resultó general en un 60% y en un 40% especialista.

Las horas que se dedican al ejercicio de la Odontología a la semana en el 24% de la muestra le dedica de 5 a 10 horas; 18% de 16 a 20 horas; el 16% de 36 a 40 horas; 12% de 26 a 30 horas; 10% más de 40 horas; 8% de 11 a 15 horas; 8% 21 a 25 horas y el 4% dedica 31 a 35 horas. (gráfica 5)

Cuando se les preguntó si trabajaban solos o no, el 66% respondió que trabajaba solo y el 34% trabajaba con otro profesionalista. (gráfica 6)

En lo que se refiere a la realización de alguna actividad deportiva el 36% no realiza actividad deportiva; el 20% realiza caminata; el 14% practica la natación; un 8% atletismo ; 8% ciclismo; el 4% futbol el 2% karate, 2% gimnasia, 2% aerobics, 2% basquetbol y 2% practicaba tennis. La frecuencia con que se realiza la actividad fue: 44% de 2 a 3 veces

por semana; 14% una vez por semana; 2% diario ;2% cuando tenía tiempo y 2% otro

Las actividades recreativas que más se presentaron fueron: 30% escuchar música; 26% leer; 22% ver la televisión; 4% ir al teatro; 3% baile; 1% danza; 3% acampar; 2% pintura; 1% tocar guitarra; 1% ir al cine;1% viajar; 1% visitas a museos y tal solo el 2% no tenía actividad recreativa. La frecuencia con que se realizan fue: 48% de 2 a 3 veces por semana; 36% una vez por semana; 8% una vez al mes; 2% en ocasiones; 2% diario; 2%cuando se podía y 2% no realiza tiene actividad.

El 62% no cuenta con secretaria en su consultorio, mientras que un 38% sí.

El 66 % tampoco cuenta con auxiliar o enfermera y el 34% sí cuenta.

La cantidad de pacientes que los Cirujanos Dentistas atendían en un día de trabajo fue: 44% de 1 a 5 pacientes; 30% de 6 a 10; 16% de 11 a 15; 8% de 16 a 20 y 2% más de 25. (gráfica 7)

El tiempo dedicado a cada paciente en la consulta fue: 52% más de 30 minutos; 36% de 25 a 30; 6% de 15 a 20 y 6% 20 a 25 minutos. (gráfica 8)

El 44% de la muestra trabaja alternando las posiciones sentado y de pie; 42% trabaja sentado y 7% trabaja de pie. (gráfica 9)

La cantidad de comidas que hacían al día fue: el 46% desayunaba, comía y cenaba; el 18% desayunaba y comía; el 12% comía; el 4% desayunaba, comía y merendaba; 4% almorzaba, comía y cenaba; 4% almorzaba y comía; 4% comía y cenaba, 4% solo merendaba; 2% solo cenaba y otro 2% solo almorzaba.

El horario en que hacían sus comidas no fue el mismo en el 34% de la población, la cual, definitivamente no tenía horario para hacer sus comidas; en el 34% a veces comían a la misma hora y el 32% sí hacía sus comidas a la misma hora todos los días.

El 66% de la muestra no cree estar excedido en peso y el 34% sí.

El examen para medir el nivel de colesterol se realizó en el 60% de los casos en el último año y el 40% no se había realizado ningún examen para medir su colesterol en el último año.

La disminución en la agudeza visual se confirmó en el 50% de los profesionistas, los cuales manifestaron sí haber notado disminución en su agudeza visual a lo largo de su práctica profesional, mientras que el otro 50% manifestó no haber notado esta disminución. (gráfica10)

El padecimiento más frecuente en relación a la visión fue el astigmatismo en un 62% de los casos, seguido de miopía en un 29%; 7% de hipermetropía y el 2% de otras enfermedades que en este caso se reportó la presencia de queratocono. El tiempo de padecer estos trastornos, fue: en el 19% de los casos desde hacía 1 a 5 años; 19% de 6 a 10 años; el 15% de 7 a 12 meses; 12% de 16 a 20 años; el 10% más de 30 años; 8% de 1 a 6 meses; 7% de 11 a 15 años; 5% de 21 a 25 años y otro 5% de 26 a 30 años.

Aclarando que varios dentistas presentaban combinaciones de los padecimientos anteriores, se tomó como 100% el número de casos reportados y no la cantidad de Cirujanos Dentistas. Cabe mencionar también que el queratocono ya estaba presente mucho tiempo antes de que el Dentista iniciara su carrera de Odontología.

El 64% de la población de estudio no reportó la presencia de conjuntivitis a lo largo de la práctica profesional; mientras que, el 18% sí reportó su presencia en el transcurso de su práctica profesional. La frecuencia de aparición de este padecimiento fue: 64% en ninguna ocasión; 16% de una a tres veces por año; 10% una vez al mes; 8% otra (no con frecuencia, en ocasiones, solamente dos veces en la carrera) y 2% más de 3 veces al año.

En el transcurso de la práctica profesional de la población de estudio se encontró que el 88% no ha presentado blefaritis y que el 12% sí ha presentado blefaritis. La frecuencia fue 88% para ninguna; 8% para una sola vez y 2% para más de 3 veces al año.

Con respecto a la disminución en la agudeza auditiva a lo largo del ejercicio profesional, se encontró que el 72% no había notado disminución en su agudeza auditiva, mientras que un 28% sí lo había notado. (gráfica 11) Al averiguar más acerca del tiempo de notarlo se encontró que 72% no presentaba ninguna disminución; 6 % lo notó hace 1 a 6 meses; 2% lo notó de 7 a 12 meses, 2% de 6 a 10 años, 2% de 21 a 25 años y 2% más de 25 años.

Las sensaciones que han tenido los dentistas después de usar la pieza de mano de alta y/o baja velocidad al terminar una jornada de trabajo fueron: en un 74% nada; 12% presentó zumbido de oídos; 14% la sensación de tener los oídos tapad. La frecuencia de aparición de estas sensaciones fue: en un 72% ninguna; el 12% la presentaba de 1 a 2 veces por mes; el 8% de 1 a 2 veces por semana; el 6% diario y el 2% otra.

La presencia de dermatitis no se manifestó en el 84% de la muestra; mientras que el 16% de la misma Sí reportó padecer o haber padecido algún tipo de dermatitis. (gráfica 12). El tiempo de padecerla o haberla padecido correspondió en 84% no padecen; 6% de 1 a 3 meses, 4% de 1 a 5 años 2% de 6 a 10 años; 2% 11 a 15 años y 2% de 21 a 25 años.

La localización de la dermatitis correspondió en un 42% de los casos a las manos; 34% a la cara; 8% en dedos; 8% brazos y 8% en las piernas. De las personas que sí padecen dermatitis el 50% sí la relaciona con algún material empleado en Odontología; el 38% no la relacionaba y el 12% no lo sabía.

En este apartado se aclara que se tomó el número de casos presentados como el 100%.

El 74% de la muestra no fumaba y el 26% sí fumaba. En un día la cantidad de cigarrillos consumidos fue de: 74% ninguno; 14% de 1 a 5; 10% 6 a 10, 2% otra ( en fiestas o una vez al mes)

Al indagar acerca de las enfermedades padecidas por aparatos se encontró lo siguiente:

El 30% presentó padecimientos del **Sistema cardiovascular**; del cual el 14% presentó hipertensión; el 8% presentó várices; el 4% fiebre reumática; 2% hemorroides; 2% infarto al miocardio; El tiempo de padecer o haber padecido la enfermedad fue; en un 16% de 1 a 5 años; el 4% de 6 a 8 años; 4% 26 a 30 años; el 2% de 1 a 6 meses; 2% de 7 a 12 meses y 2% 16 a 20 años. Mientras que el 70% de la muestra no padece de enfermedades del aparato circulatorio. (Gráfica 13)

El 14% presentó enfermedades del **Sistema respiratorio**, de este el 8% manifestó haber padecido bronquitis, el 4% asma y el 2% pulmonía. El tiempo de evolución o de haber padecido la enfermedad fue: 8% de 1 a 5 años, 4% de 6 a 10 años y un 2% de 1 a 6 meses. Por otro lado el 86% no presentó enfermedad del aparato respiratorio.

En lo que respecta al **Sistema digestivo**, el 42% presentó alteración en este órgano; el 32% se quejó de padecer de gastritis; el 6% de úlcera gástrica y el 2% de otras enfermedades (hepatitis). (gráfica 14) El tiempo de haber padecido o de padecer la enfermedad fue; 12% de 1 a 5 años; 12% de 6 a 10 años; 12% de 11 a 15 años y 6% de 1 a 6 meses. El 58% no presentó padecimientos gástricos.

Si bien, para el **sistema endócrino** no hubo presencia de enfermedad en el 94%, el 6% sí presentó alguna alteración. De este 6%, el 4% presentó diabetes y el 2% hipertiroidismo. El tiempo de padecerla o haberla padecido correspondió al 2% a la opción de 1 a 6 meses; 2% 7 a 12 meses; 2% de 1 a 5 años.

En el **Sistema nervioso** se encontró que el 96% no presentaba enfermedades; en tanto que un 4% sí presentaba. El tiempo de evolución de la misma era de 1 a 5 años en el 4%.

Dentro de **Otras enfermedades** encontramos en un 4% a la rinitis y con el 2% al herpes; 2% sinusitis y 2% para hidrargirismo. El tiempo de padecer o haber padecido la enfermedad fue, en el 12% de los casos de 1 a 5 años y el 2% de los casos de 1 a 6 meses.

Finalmente, en el **Sistema óseo**, el 20% de la muestra presentaba enfermedad, de este 20% el 8% correspondió a la escoliosis; un 4% a deformidades en los dedos; 2% cifosis; 2% artritis; 2% síndrome del canal metacarpiano y 2% hernia de disco. (gráfica 15) El tiempo de evolución en el 10% de los casos fue de 1 a 5 años; en el 4% de 1 a 6 meses; 2% de 6 a 12 meses; 2% 6 a 10 años y 2% de 16 a 20 años. El 80% de la población de estudio no presentó alteraciones en el sistema óseo.

En lo que respecta a dolores musculares, la contractura del músculo esternocleidomastoideo no se presentó nunca en el 74%; 22% algunas veces y frecuentemente 4%; el dolor en el cuello no se presentó nunca en el 56%, 30% algunas veces y 14% frecuentemente; el dolor en los hombros no se presentó en el 78%; 14% lo presentó algunas veces y el 8% frecuentemente; el dolor de espalda se presentó en el 48%; 36% lo presentó

algunas veces y el 16% frecuentemente; el dolor de brazos no se presentó nunca en el 86%; 12% algunas veces y 2% frecuentemente; el dolor en caderas y muslos no se presentó nunca en el 80% , 16% algunas veces y 4% frecuentemente.

El 38% algunas veces suele hacer movimientos o relajarse entre cada paciente en su consulta; el 32% no lo hace nunca y el 30% suele hacerlo frecuentemente. (gráfica 16)

El 80% dormía bien, en tanto que el 20 % no dormía bien. De los que no dormían bien el 2% si había tomado algún medicamento para inducir el sueño, en tanto que el 98% respondió que no había tomado medicamento. El medicamento en este caso fue el diazepam y lo tomaba de 2 a 3 veces por semana.

En el transcurso del último año el 30% manifestó haberse sentido angustiado y el 70% no; el 20% se sintió poco tolerante y el 80% no compartió esta actitud; con el 12% estaban desilusionados, contra un 88% que no se sintió desilusionado; el 8% le correspondió a la agresión contra un 92% que dijo no sentirse agresivo, y finalmente el 0% se sintió frustrado. A pesar de la presencia de esos sentimientos el 50% dijo sentirse feliz y el otro 50% manifestó no sentirse feliz. (gráfica 17)

El interés que mostraban hacia la práctica de la odontología el 68% lo consideraba excelente y el 32% regular.

El 94% de los Cirujanos Dentistas encuestados, manifestó que sí encontraba motivante su ejercicio profesional; en tanto que el 4% sólo lo encontraba motivante a veces y el 2% no lo encontraba motivante. (gráfica 18)



El 16% padece o ha padecido depresión y un 84% no. (gráfica 19). El 0% había tomado medicamento para ayudarse a salir de la depresión.

El 76% de los encuestados no ingiere bebidas alcohólicas, en tanto que el 24% sí ingiere bebidas alcohólicas. La frecuencia del consumo en el 18% de los casos fue de 1 a 3 veces por semana; el 2% solo en fiestas; 2% una al mes y 2% en ocasiones

La mayoría de los encuestados se ha sentido estresado en un 60% y en un 40% no se ha sentido estresado.

El 92% está consciente de la fatiga mental y física que provoca el ejercicio profesional, y solo un 8% no está consciente de este tipo de fatiga.

La manera de canalizar el estrés por medio de técnicas de relajación o de haber tomado algún curso de meditación o relajación fue: en el 74% de la muestra contestó que no y en el 26% contestó que sí había tomado algún curso.

Solo el 40% practicaba una técnica para reducir el estrés, del cuál el 12% practicaba yoga; 8% contaba el número de sus respiraciones; 4% meditación; 4% relajación; 4% escuchaba música; 2% realizaba técnicas de respiración; 2% algún tipo de ejercicio; 2% practicaba Tai-chi; 2% masaje;

El 94% sí se actualiza asistiendo a cursos relacionados con su profesión y el 6% no lo hace. La frecuencia en el 80% de los casos era de 1 a 3 veces por año; 14% una vez por año y 6% nunca.

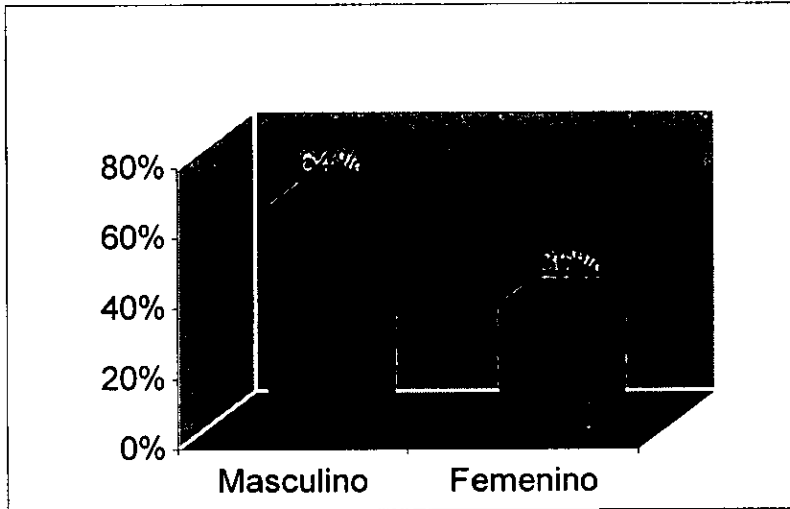
Al tomar vacaciones el 50% las programaba de 2 a 3 veces por año; el 44% una vez al año; el 4% no había tomado vacaciones en el último año y el 2% no ha tomado vacaciones en 2 o 3 años.

Al decidir si tuviera la oportunidad de volver a escoger carrera volvería a estudiar odontología, el 88% contestó que sí, mientras que el 12% contestó que no volvería a estudiar odontología.

La frecuencia para realizarse un chequeo médico fue de: 52% una vez al año; 14% 2 veces por año o solo cuando se sienten mal; el 10% una vez por año; el 8% más de 4 veces al año y el 2% que no ha asistido al médico.

Al 96% le preocupa mucho su salud y el 4% le da poca importancia a su salud.

**GRÁFICA 1**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO POR GÉNERO**



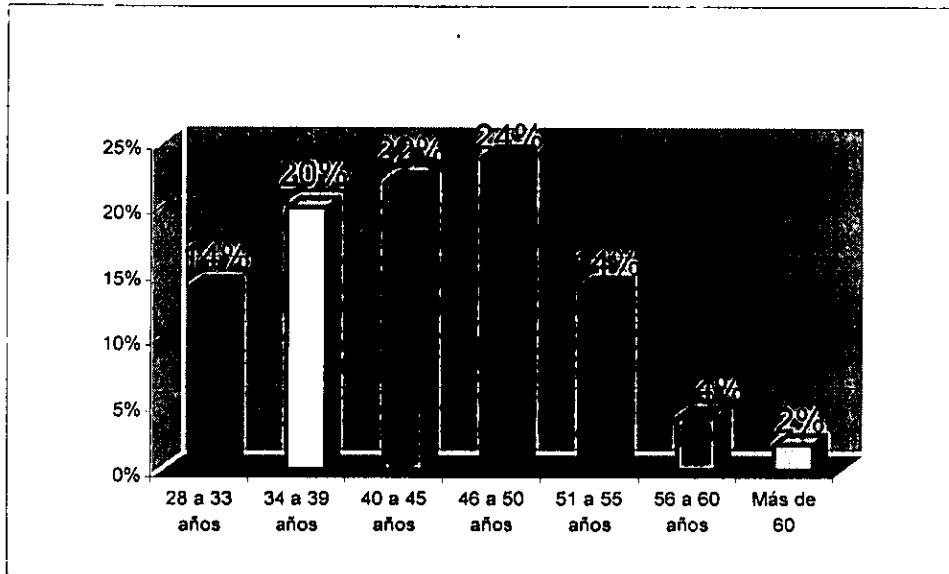
FUENTE : Directa

**TABLA 1**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO POR GÉNERO**

<b>GÉNERO</b>	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>
Masculino	32	64%
Femenino	18	36%
<b>TOTAL</b>	50	100%

FUENTE: Directa

**GRÁFICA 2**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO POR EDAD**



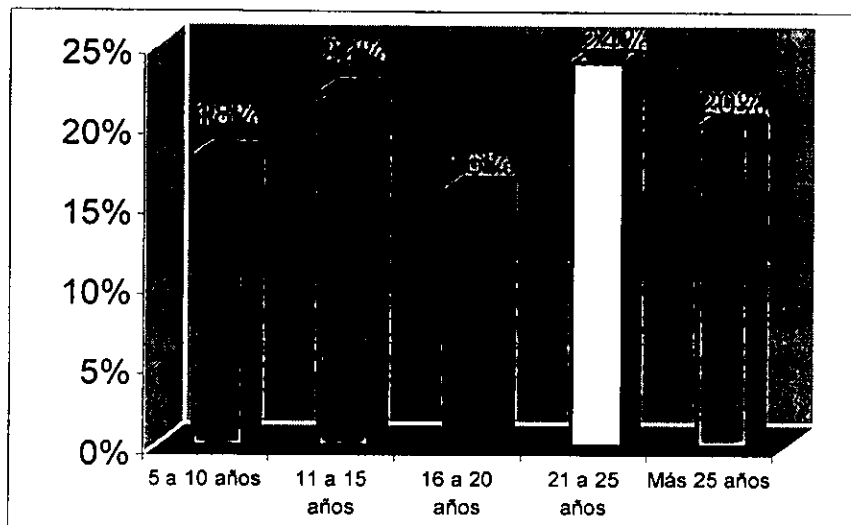
FUENTE: Directa

**TABLA 2**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO POR EDAD**

<b>Edad</b>	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>
28 a 33 años	7	14%
34 a 39 años	10	20%
40 a 45 años	11	22%
46 a 50 años	12	24%
51 a 55 años	7	14%
56 a 60 años	2	4%
Más de 60	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Directa

**GRÁFICA 3**  
**TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**



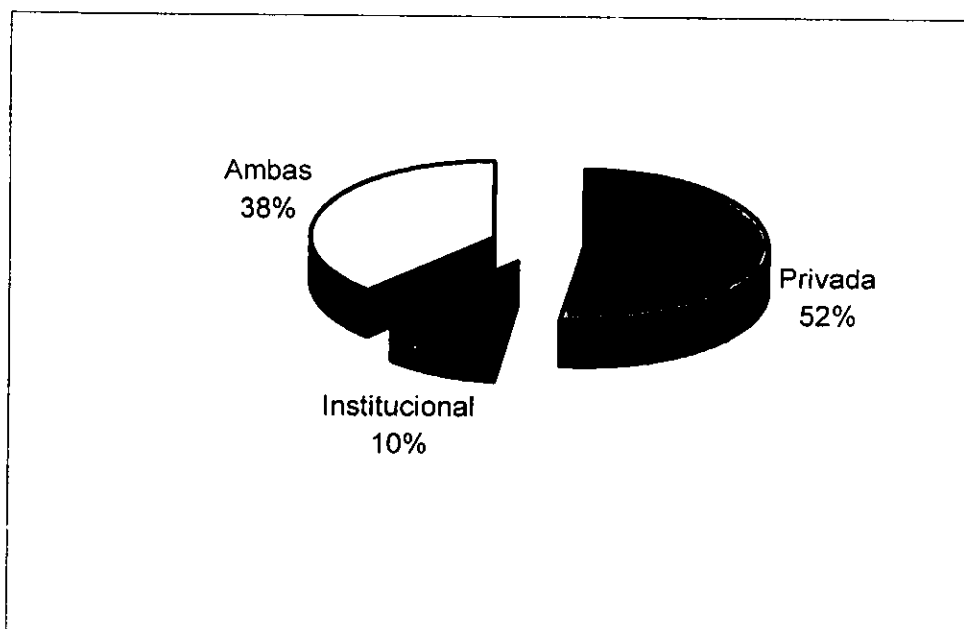
FUENTE: Directa

**TABLA 3**  
**TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

<b>TIEMPO</b>	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>
5 a 10 años	9	18%
11 a 15 años	11	22%
16 a 20 años	8	16%
21 a 25 años	12	24%
Más 25 años	10	20%
<b>TOTAL</b>	50	100%

FUENTE: Directa

**GRÁFICA 4**  
**TIPO DE PRÁCTICA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**



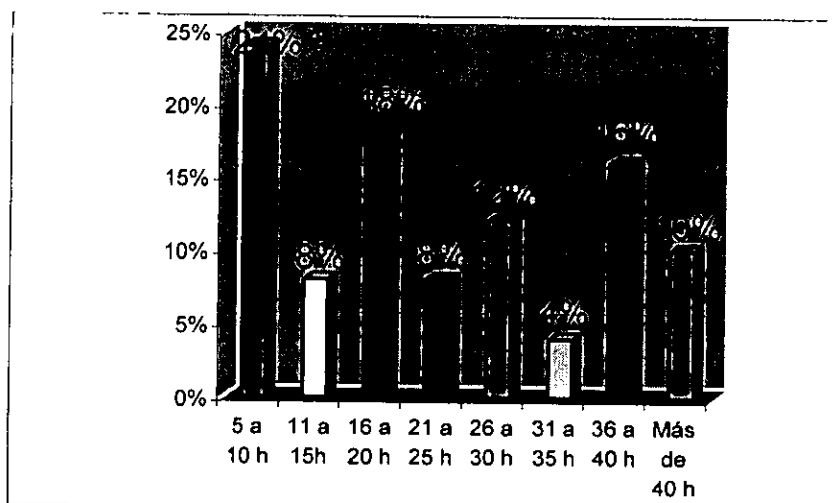
FUETE: Directa

**TABLA 4**  
**TIPO DE PRÁCTICA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

<b>PRÁCTICA</b>	<b>Personas</b>	<b>Porcentaje</b>
Privada	26	52%
Institucional	5	10%
Ambas	19	38%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Directa

**GRÁFICA 5**  
**TIEMPO QUE LE DEDICA LA POBLACIÓN DE ESTUDIO AL EJERCICIO PROFESIONAL POR SEMANA**



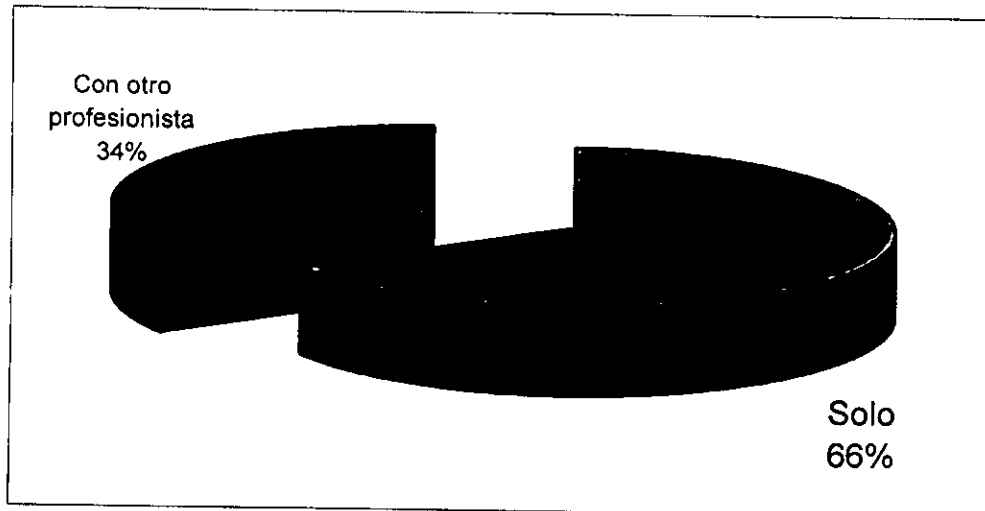
FUENTE: Directa

**TABLA 5**  
**TIEMPO QUE LE DEDICA LA POBLACIÓN DE ESTUDIO AL EJERCICIO PROFESIONAL POR SEMANA**

<b>HORAS</b>	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>
5 a 10 h	12	24%
11 a 15h	4	8%
16 a 20 h	9	18%
21 a 25 h	4	8%
26 a 30 h	6	12%
31 a 35 h	2	4%
36 a 40 h	8	16%
Más de 40 h	5	10%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Directa

**GRÁFICA 6**  
**FORMA EN QUE EJERCE SU PRÁCTICA PROFESIONAL**



FUENTE: Directa

**TABLA 6**  
**FORMA EN QUE EJERCE SU PRÁCTICA PROFESIONAL**

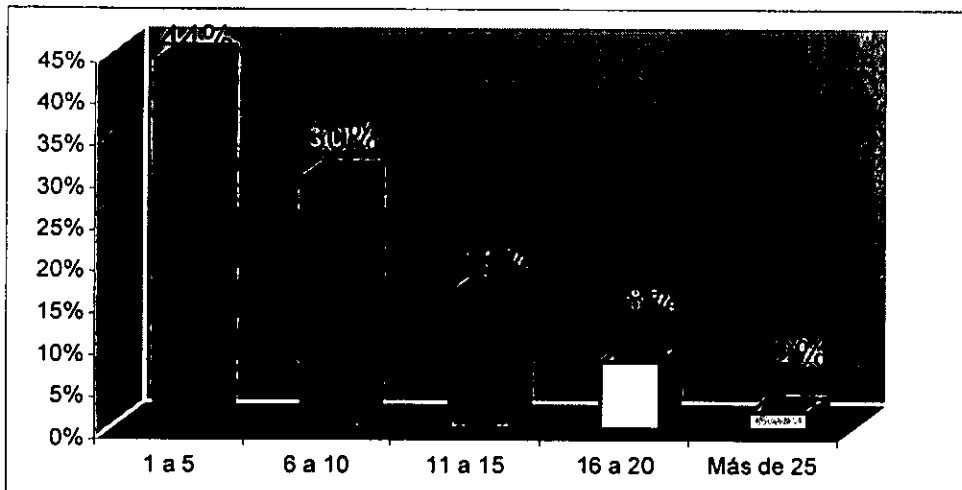
<b>TRABAJA</b>	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>
Solo	33	66%
Con otro profesionalista	17	34%
<b>TOTAL</b>	50	100%

FUENTE: Directa



## GRÁFICA 7

CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS POR LA POBLACIÓN DE ESTUDIO EN UN DÍA DE TRABAJO NORMAL



FUENTE: Directa

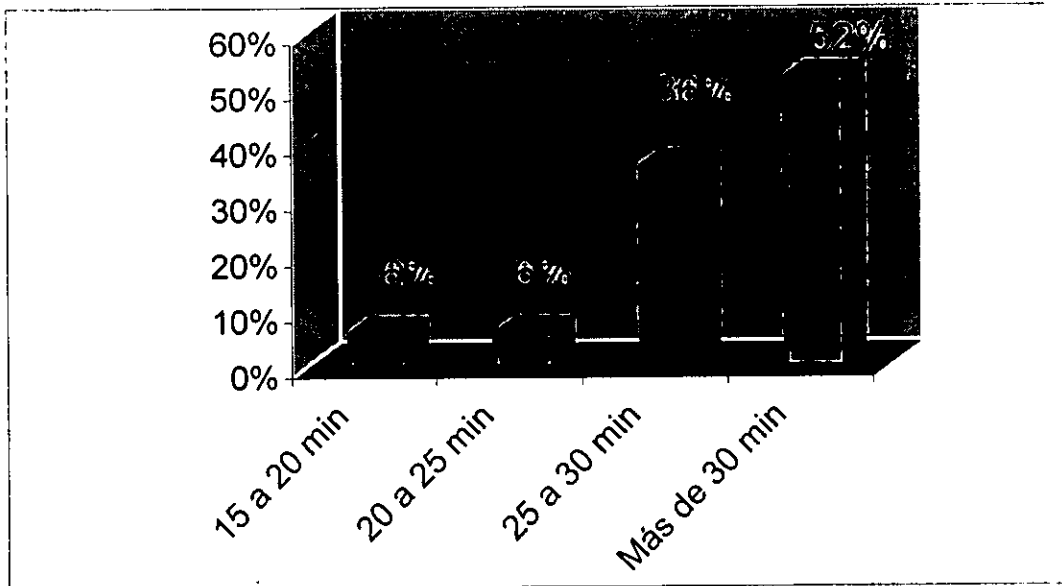
## TABLA 7

CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS POR LA POBLACIÓN DE ESTUDIO EN UN DÍA DE TRABAJO NORMAL

NUM. PACIENTES	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>
1 a 5	22	44%
6 a 10	15	30%
11 a 15	8	16%
16 a 20	4	8%
Más de 25	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Directa

**GRÁFICA 8**  
**TIEMPO QUE LE DEDICA A CADA PACIENTE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**



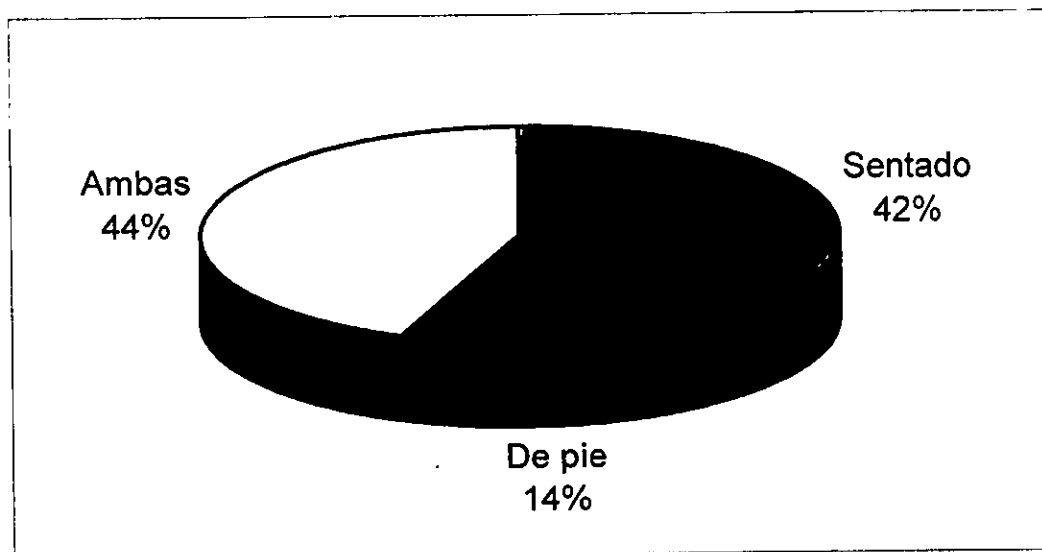
FUENTE: Directa

**TABLA 8**  
**TIEMPO QUE LE DEDICA A CADA PACIENTE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

<b>TIEMPO DE ATENCIÓN</b>	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>
15 a 20 min	3	6%
20 a 25 min	3	6%
25 a 30 min	18	36%
Más de 30 min	26	52%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Directa

**GRÁFICA 9**  
**POSICIÓN DE TRABAJO QUE ADOPTA LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**



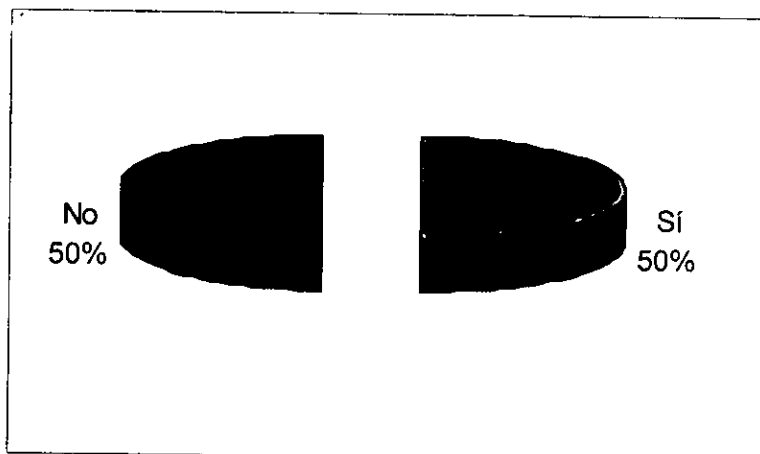
FUENTE: Directa

**TABLA 9**  
**POSICIÓN DE TRABAJO QUE ADOPTA LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

<b>POSICIÓN DE TRABAJO</b>	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>
Sentado	21	42%
De pie	7	14%
Ambas	22	44%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Directa

**GRÁFICA 10**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE HA NOTADO DISMINUCIÓN EN SU**  
**AGUDEZA VISUAL**



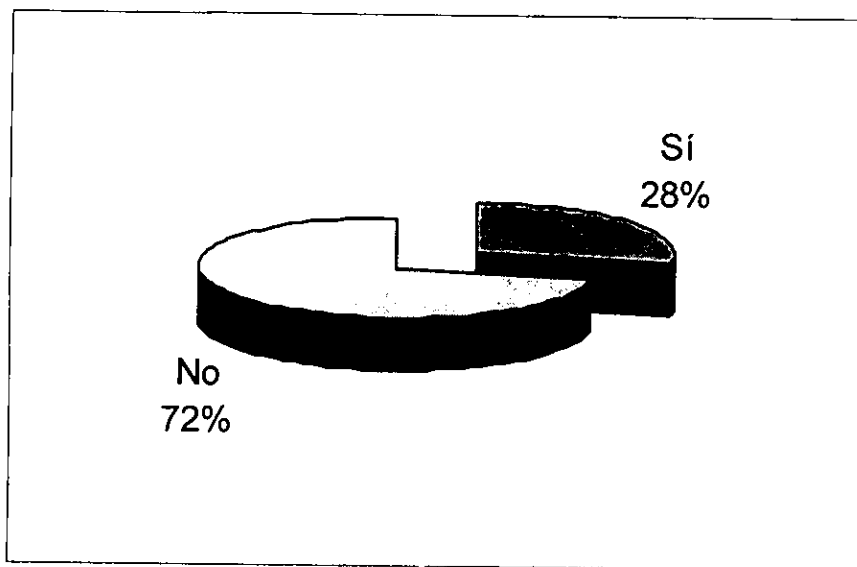
FUENTE: Directa

**TABLA 10**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE HA NOTADO DISMINUCIÓN EN SU**  
**AGUDEZA VISUAL**

<b>DISMINUCIÓN EN LA VISIÓN</b>	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>
Sí	25	50%
No	25	50%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Directa

**GRÁFICA 11**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE HA NOTADO DISMINUCIÓN EN SU**  
**AGUDEZA AUDITIVA**



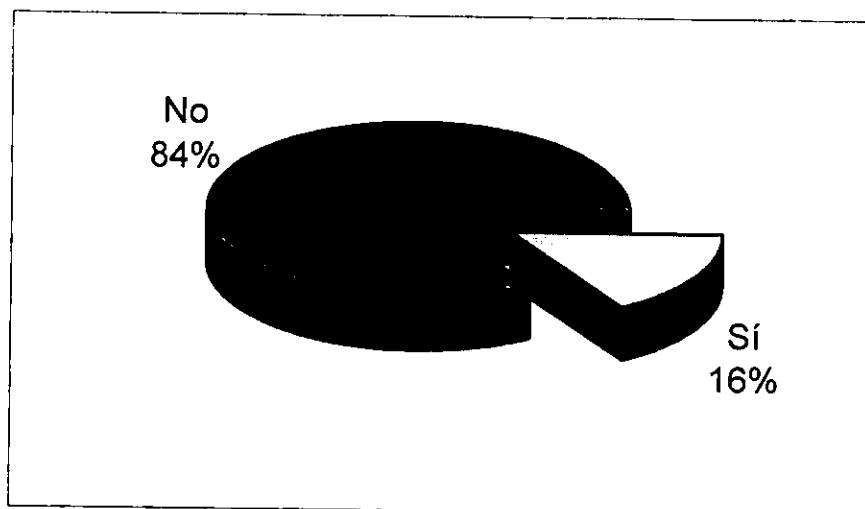
FUENTE: Directa

**TABLA 11**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE HA NOTADO DISMINUCIÓN EN SU**  
**AGUDEZA AUDITIVA**

<b>DISMINUCIÓN AUDITIVA</b>	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>
Sí	14	28%
No	36	72%
<b>TOTAL</b>	50	100%

FUENTE: Directa

**GRÁFICA 12**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE PADECE O HA PADECIDO**  
**DERMATITIS**



FUENTE: Directa

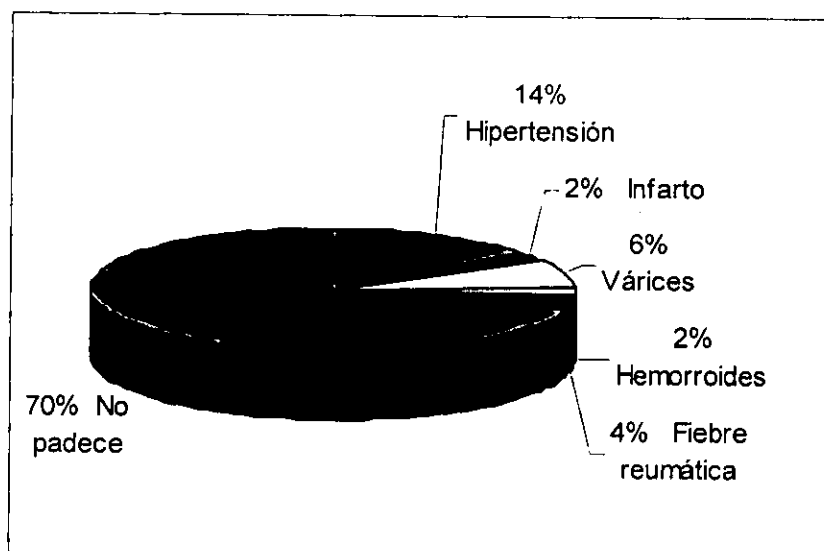
**TABLA 12**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE HA PADECIDO O PADECE**  
**DERMATITIS**

<b>DERMATITIS</b>	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>
Sí	8	16%
No	42	84%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Directa

### GRÁFICA 13

#### POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE PADECE O HA PADECIDO DE ENFERMEDADES DEL APARATO CARDIOVASCULAR



FUENTE: Directa

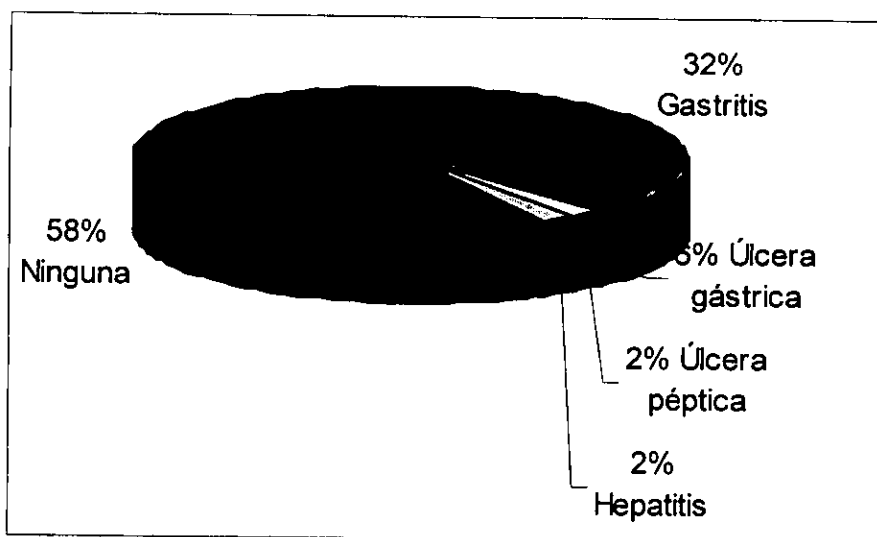
### TABLA 13

#### POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE HA PADECIDO O PADECE ENFERMEADES DEL APARATO CARDIOVASCULAR

APARATO CARDIOVASCULAR	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>
Hipertensión	7	14%
Infarto	1	2%
Várices	4	8%
Hemorroides	1	2%
Fiebre reumática	2	4%
No padece	35	70%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Directa

**GRÁFICA 14**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE PADECE O HA PADECIDO**  
**ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO**



FUENTE: Directa

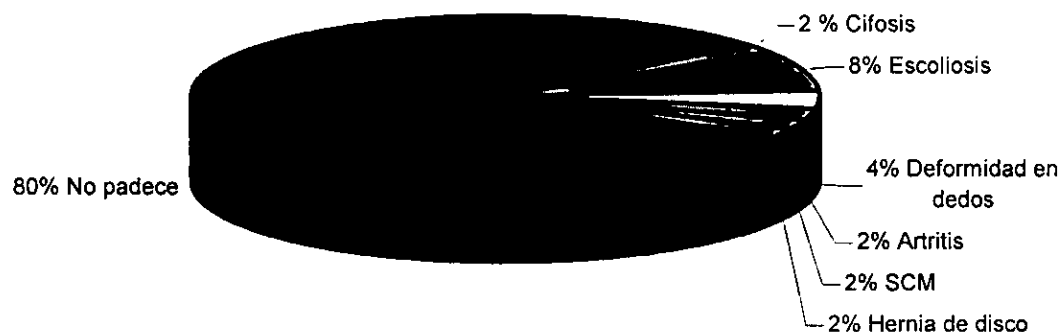
**TABLA 14**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE PADECE O HA PADECIDO**  
**ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO**

<b>APARATO DIGESTIVO</b>	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>
Gastritis	16	32%
U. Péptica	1	2%
U. Gástrica	3	6%
U. Duodenal	0	0%
Hepatitis	1	2%
No padece	29	58%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Directa



**GRÁFICA 15**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE PADECE O HA PADECIDO DE**  
**ENFERMEDADES DEL SISTEMA ÓSEO**



FUENTE: Directa

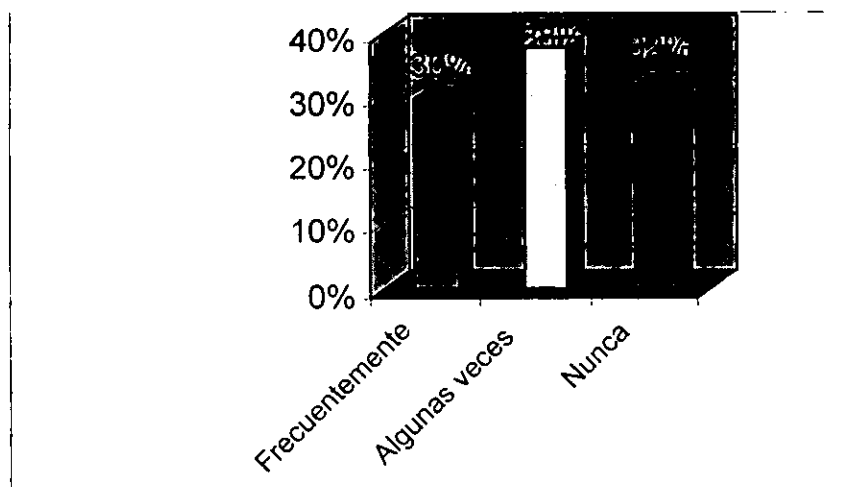
**TABLA 15**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE PADECE O HA PADECIDO**  
**ENFERMEDADES DEL SISTEMA ÓSEO**

<b>SISTEMA ÓSEO</b>	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>
Cifosis	1	2%
Lordosis	0	0%
Escoliosis	4	8%
Deformidad en los dedos	2	4%
Deformidad en las manos	0	0%
Osteoporosis	0	0%
Reumatismo	0	0%
Artritis	1	2%
Osteoartritis	0	0%
Síndrome canal metacarpiano	1	2%
Hérnia discal	1	2%
No padece	40	80%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: DIRECTA

### GRÁFICA 16

#### MOVIMIENTOS, DISTRACCIÓN O RELAJACIÓN DESPUÉS DE ATENDER A UN PACIENTE EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO



FUENTE: Directa

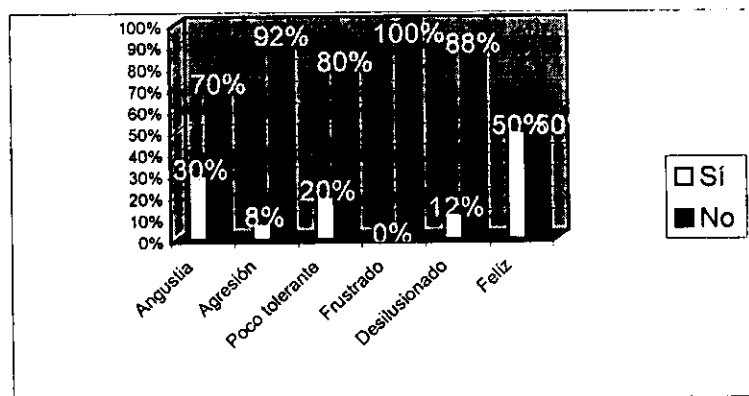
### TABLA 16

#### MOVIMIENTOS, DISTRACCIÓN O RELAJACIÓN DESPUÉS DE ATENDER A UN PACIENTE EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

<b>DESCANSO</b>	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>
Frecuentemente	15	30%
Algunas veces	19	38%
Nunca	16	32%
<b>TOTAL</b>	50	100%

FUENTE: Directa

**GRÁFICA 17**  
**SENTIMIENTO PRESENTADO EN EL ÚLTIMO AÑO EN LA**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO**



FUENTE: Directa

**TABLA 17**  
**SENTIMIENTO PRESENTADO EN EL ÚLTIMO AÑO EN LA**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO**

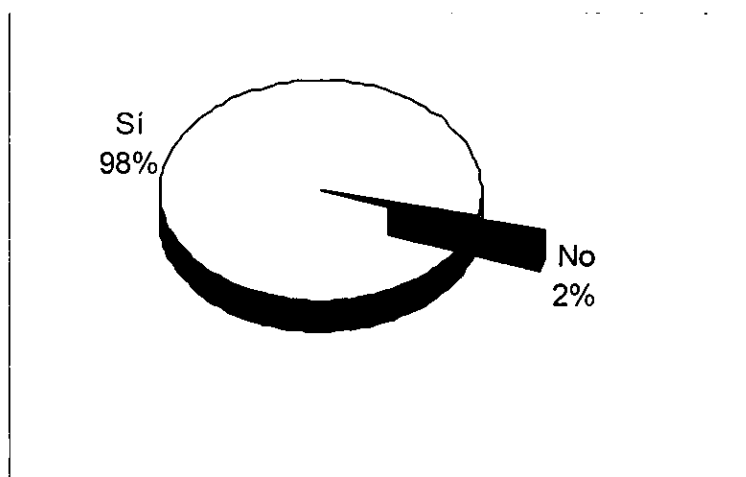
SENTIMIENTO	Angustia		Agresivo		Poco tolerante	
	Personas	%	Personas	%	Personas	%
Sí	15	30%	4	8%	10	20%
No	35	70%	46	92%	40	80%
TOTAL	50	100%	50	100%	50	100%

SENTIMIENTO	Frustrado		Desilusionado		Feliz	
	Personas	%	Personas	%	Personas	%
Sí	0	0%	6	12%	25	50%
No	50	100%	44	88%	25	50%
TOTAL	50	100%	50	100%	50	100%

FUENTE: Directa

### GRÁFICA 18

#### MOTIVACIÓN QUE GENERA EL EJERCICIO PROFESIONAL EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO



FUENTE: Directa

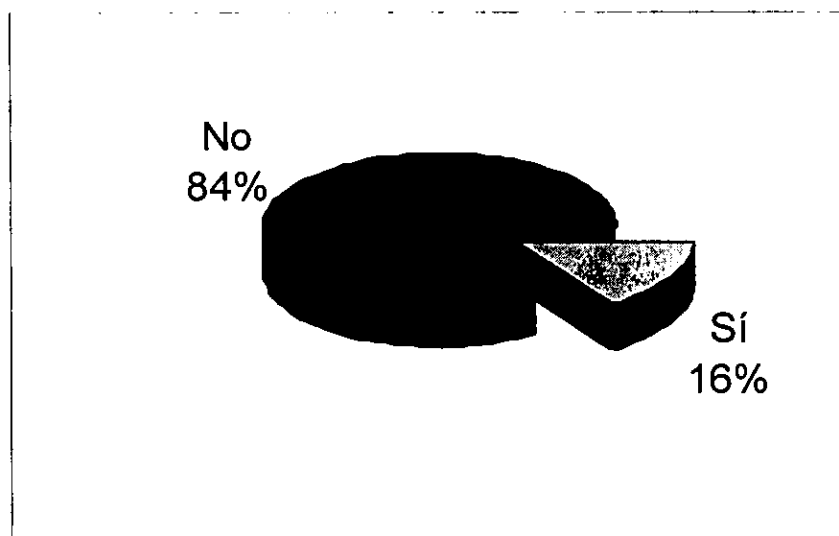
### TABLA 18

#### MOTIVACIÓN QUE GENERA EL EJERCICIO PROFESIONAL EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

<b>MOTIVACIÓN</b>	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>
Sí	49	98%
No	1	2%
<b>TOTAL</b>	50	100%

FUENTE: Directa

**GRÁFICA 19**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE PADECE O HA PADECIDO**  
**DEPRESIÓN**



FUENTE: Directa

**TABLA 19**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE PADECE O HA PADECIDO**  
**DEPRESIÓN**

<b>DEPRESIÓN</b>	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>
Sí	8	16%
No	42	84%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Directa

## 9. CONCLUSIONES

Los resultados de ésta investigación revelaron, que más de la mitad de los Cirujanos Dentistas encuestados padece algún tipo de enfermedad.

La mayoría de los padecimientos fueron reportados entre los 40 a 45 años de edad y el tiempo que tenían de padecerla iba de 1 a 5 años en gran parte de la muestra. Tiempo que, en la mayoría, se encontraba dentro de los años de ejercicio profesional (21 a 25 años).

En orden de frecuencia, las enfermedades que más se presentaron por sistemas en esta investigación fueron:

- 1° Sistema digestivo
- 2° Sistemacardiovascular
- 3° Sistema óseo
- 4° Sistema respiratorio y Otras enfermedades
- 5° Sistema endócrino
- 6° Sstema nervioso.

Probablemente los horarios discontinuos en alimentación y el estrés acumulado hayan provocado que los padecimientos digestivos sean de los más frecuentes. La gastritis predominó sobre los demás padecimientos que, aunque es una enfermedad multifactorial, tiene entre sus agentes etiológicos a las tensiones y al estrés, mismos que se encuentran en la práctica del Cirujano Dentista.

El no practicar un deporte regularmente, el fumar, la inestabilidad en la toma de los alimentos, el estrés y el manejo de tensiones quizá son factores que contribuyeron a la aparición de enfermedades cardiovasculares. Aunque es preciso aclarar que la población de estudio, en su mayoría, sí realizaba alguna actividad deportiva y había dejado de fumar y de tomar alcohol cuando les fue aplicado este estudio, probablemente debido a la

recomendación del médico pues, en su mayoría, estaba reciente la detección de la enfermedad. Tal es el caso de la hipertensión que fue el padecimiento más frecuente de este apartado con tan solo 1 a 5 años de haber sido detectado.

Contrario a lo que pudiera pensarse, en esta investigación, los padecimientos del sistema óseo no fueron de los más frecuentes. Éstas enfermedades ocuparon el tercer lugar en frecuencia de aparición. Padecimientos como escoliosis deformidad en los dedos y cifosis sí fueron algunos de los más comunes de este apartado.

El hecho de que estos padecimientos hayan ocupado el tercer lugar en frecuencia de aparición es debido, tal vez, a las posiciones que adopta la población de estudio al trabajar. La mayor parte de los Dentistas alterna las posiciones sentado y de pie y es quizá, por esta razón que los padecimientos óseos no fueron de los más frecuentes en la lista principal ya que, alternando posiciones de trabajo, se evitan posiciones totalmente estáticas que son más perjudiciales.

El dolor de espalda fue el dolor que se presentó con más frecuencia entre la población de estudio.

La disminución en la agudeza visual en el transcurso de la práctica profesional se presentó en la mitad de la muestra. De los padecimientos encontrados con mayor frecuencia el astigmatismo se presentó en gran parte de los dentistas, teniendo de 1 a 5 años de presentar el padecimiento. La precisión de enfoque en el trabajo realizado, el tiempo que permanezca realizando esta labor, condiciones de iluminación, herencia o la alimentación son factores que probablemente contribuyeron a la aparición de la misma.

Por otra parte, la presencia de dermatitis, aunque no fue tan frecuente en la muestra, en la mitad de los Dentistas que la padecen si estaba relacionada directamente con algún material que se usa en Odontología, a este respecto, la mayoría reportó a los guantes de látex como causantes de la enfermedad.

Aunque se presentaron sentimientos negativos como la angustia, la desilusión y la poca tolerancia, el interés y la motivación hacia el ejercicio profesional no estaban disminuidos. Es curioso observar, además, que una pequeña parte no encontraba motivante su ejercicio profesional y tampoco volvería a estudiar odontología si tuviera la oportunidad volver a hacerlo.

Llama la atención observar que en los casos en donde se sufría de depresión los dentistas; antes de recurrir a medicamentos que los sacaran de la depresión, preferían salir de ese estado por sí mismos. En algunos casos el médico recetó medicamentos para este fin, mismos que no fueron consumidos por ellos; pues, preferían encontrar ellos fuerza y motivación en las cosas positivas antes que acudir al medicamento

De todo lo anterior podemos concluir que:

Si bien, son pocas las investigaciones realizadas sobre este campo, sería interesante y de gran beneficio e importancia seguir incursionando en éste tema y conocer todas las variables que pueden influir y repercutir en la salud integral del Cirujano Dentista y en su ejercicio profesional, así como implantar medidas preventivas que permitan prolongar la calidad de vida del odontólogo.



Esta investigación puede sugerir la creación de talleres, temas selectos o cursos para informar acerca de las enfermedades que pueden presentarse en el odontólogo y dentro de ellos enseñar a los estudiantes y profesionistas del área odontológica a controlar y canalizar el estrés adecuadamente.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- La Salud del Dentista. Salud Bucal. Confederación de la República Argentina.No. 22, abril-mayo 1978, p 15-16
- 2.- FORREST, William R. Situaciones de tensión y conductas de autodestrucción en los dentistas. Clínicas odontológicas de Norteamérica. Protección ambiental en el consultorio dental. México. Ed. Interamericana., Vol. 3, 1978, p 359-369
- 3.- EGUIARTE, de Díaz de León Ma. Cristina. La Salud del Dentista. Revista ADM. Vol. 50. No. 4. Julio-agosto 1993. p217-220.
- 4.- MARTÍNEZ, Ross Erick. La búsqueda del equilibrio: agresión y otros rasgos de carácter en el odontólogo mexicano. Práctica Odontológica. Vol 10, No 1, enero 1989, p 7-10
- 5.- RAMÍREZ, Guerrero Maricela; Eguiarte Ortega Ma. Cristina. Análisis de la personalidad del cirujano dentista mexicano: efectos en su práctica profesional. Revista ADM. Vol. LIII, No. 1, enero-febrero 1996, p 37-40
- 6.- La espiral del stress. Práctica Odontológica. Vol 2, No. 6, noviembre-diciembre 1981, p 78-85
- 7.- GESTAL, Otero J.J. RIESGOS DEL TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO. España. Ed. Interamericana-McGraw-Hill., ed. 2ª., 1993, pp 539

8.- LÓPEZ Nicolás Manuel; Pérez Lajarín Leonor. El ruido en Odontología. Revista Europea de Odonto-Estomatología. Vol. Xi, No. 5, septiembre-octubre 1999, p 259-264

9.- PUJOL Massaguer Montserrat; Pujol Massaguer Ma. Teresa; Prades Marti Francisca. Alteraciones Auditivas Profesionales en el Estomatólogo. Revista Española de Estomatología. Vol XXXII, No. 2, julio-agosto 1984, p 243-252

10.- JACKSON, Herrerías Guillermo. Riesgos ocupacionales del cirujano dentista. Práctica odontológica. Vol 8, No. 7 1987, p 6 - 16

11.- PUJOL Massaguer Ma. Teresa; Aguirre Villacoro Antonio. Oftalmopatías Profesionales en Odontoestomatología. Revista Española de Estomatología. Vol. XXXIV, No. 5, septiembre-octubre 1986, p 313-318

12.- WUEHRMANN, Arthur H; Mansong-Hing, Lincoln. Radiología dental. España. Ed. Salvat, ed 2ª, 1975, p 2, 21

13.- HAMMERLY, Marcelo A. ENCICLOPEDIA MÉDICA MODERNA. U.S.A. Ed. Ediciones Interamericanas. Tomo 2. 1972, p 711-1296

14.- TRUCCO, Raúl E. Las enfermedades cardiovasculares y el odontólogo. Salud Bucal. Año X, No. 6, diciembre 1983, p 30-33

15.- COOPER Kenneth H., Christen Arden G. Cambio de estilo de vida: dentista, "cúrate a ti mismo". Clínicas odontológicas de Norteamérica. Protección ambiental en el consultorio dental. México. Ed. Interamericana, Vol. 3, 1978, p 371-386

16.- ROSE, Louis; Kaye Donald. MEDICINA INTERNA EN ODONTOLOGÍA. España. Ed. Salvat Editores, S.A., Tomo I, 1992, pp 734

17.- HAMMERLY, Marcelo A. ENCICLOPEDIA MÉDICA MODERNA. U.S.A. Ed. Ediciones Interamericanas. Tomo 3, 1972, pp 1317-1838

18.- BURKET, Lester W. MEDICINA BUCAL. Diagnóstico y Tratamiento. México. Ed. Interamericana., ed.6ª. 1971. pp 715

19.- ROSE, Louis; Kaye Donald. MEDICINA INTERNA EN ODONTOLOGÍA. España. Ed. Salvat Editores, S.A. Tomo II. 1992, pp 737-1460

20.- FERRERAS / ROZMAN. MEDICINA INTERNA. España. Ed. Mosby / Doyma Libros, ed. 13ª., vol. I, 1995, p 315- 322, 1313-1315

21.- PUJOL Massaguer Ma. Teresa; Pujol Massaguer Ma. Montserrat. Patología Infecciosa laboral del Estomatólogo. Revista Española de Estomatología. Vol. XXXIII, No. 4, julio-agosto 1985, p 274-282

22.- La Salud del Dentista. Salud Bucal Cora. Año III, No. 20, diciembre 1977, p 31-32

23 .- La Salud del Dentista: Las enfermedades Osteoarticulares. Salud Bucal. No.18, año III, octubre-noviembre 1977, p26

24.- MONASTERIO Vicente J.L.; Aguirre Urizar J.M. El dolor de espalda en la práctica Odonto-estomatológica. Revista Europea de Odontoestomatología. Vol. I, No. 2, marzo-abril 1989, p 89-96

- 25.- LÓPEZ Nicolas Manuel; Pérez Lajarín Leonor. Desórdenes musculoesqueléticos en profesionales de la odontología y su relación con las condiciones de trabajo. Revista Europea de Odontoestomatología. Vol XI, No. 6, noviembre-diciembre 1999, p 329-338
- 26.- OCHOA; Ochoa Alma Lilia. Enfermedades Profesionales más comunes en el Cirujano Dentista. UNAM. 1975, p14-22, 32-34
- 27.- OSORIO, Mesa Orlando. Afecciones ocupacionales del odontólogo. Temas odontológicos. Vol XII, No. 112, 2º trimestre 1973, p 76-78
- 28.- [www.sobreentrenamiento.com](http://www.sobreentrenamiento.com)
- 29.- LADOU, Joseph. MEDICINA LABORAL. México. Ed. Manual Moderno. 1993, pp 784
- 30.- HARRIS Norman O; Crabb Larry J. Ergología. Cómo reducir la fatiga mental y física durante los procedimientos operatorios odontológicos. Clínicas odontológicas de Norteamérica. Protección ambiental en el Consultorio dental. México. Ed. Interamericana. Vol 3. 1978, p 331-344
- 31.- DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MÉDICAS. España. Ed. Salvat Editores, S.A., ed.11ª.,1974 pp1073
- 32.- TRUCCO, Raúl E. Traumatismo acústico en el Odontólogo. Salud Bucal. Cora. Vol X, No. 59, agosto-septiembre 1983, p 14-17
- 33.- GUYTON, Arthur C. TRATADO DE FISIOLOGÍA MÉDICA. México. Ed. Interamericana., ed. 5ª., 1977 p

34.- FUENTENEYRO Filiberto; Vázquez Carmelo. PSICOLOGÍA MÉDICA. PSICOPATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. Psiquiatría y psicología clínica. España. Ed. Interamericana-McGraw Hill, 1990, p 709-713, 730-737, 796-799, 901-905

35.- HAMILTON, Max. PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA DE FISH. Signos y síntomas en psiquiatría. España. Ed. Interamericana, ed.2ª., 1985, p 49-51, 90-96, 134-141

36.- FORRERAS-ROZMAN. MEDICINA INTERNA. España. Ed. Mosby/Doyma libros, ed.13º, Vol. II, 1995, p 1313-1315, 1594-1595, 1583-1585, 1596-1599

37.- TRUCCO, Raúl E. Los componentes del "Stress" en el Estomatólogo. Causas y prevención. Revista Española de Estomatología. Vol. XXXII, No. 1, enero-febrero 1984, p 27-34

38.- .- <http://www.arearh.com/salud/20laboral/sindromeburnout.htm>

39.- .- <http://www.geocities.com/esalac/medicosburnout.html>

40.- .- <http://copsa.cop.es/congresoiberia/base/trabajo/orgr52.htm>

# A N E X O

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ENCUESTA

LA SALUD DEL ODONTÓLOGO

Atención

1. Los datos que proporcione a esta encuesta serán **estrictamente confidenciales** y **anónimos**.
2. Conteste con la mayor honestidad posible.
3. Los datos que aporte serán utilizados para la elaboración de una tesina acerca de la salud del odontólogo.
4. Por su colaboración, GRACIAS.

Instrucciones.

1. Lea cuidadosamente cada pregunta y coloque el número de su respuesta en el cuadro correspondiente.

- 
1. Sexo. 1.- Masculino 2.- Femenino
  2. Edad
  3. Estado Civil : 1.-Soltero (a) 2.-Casado (a) 3.- Viudo (a) 4.- Divorciado (a) 5.- Separado (a) 6.- Unión libre
  4. Tiempo de ejercicio Profesional 1.- de 5 a 10 años 2.- de 11 a 15 años 3.- de 16 a 20 años 4.- de 21 a 25 años 5.- Más de 25 años
  5. Su práctica Profesional es: 1.- Privada 2.- Institucional (especifique) \_\_\_\_\_ 3. Ambas
  6. Su ejercicio Profesional es: 1.- General 2.- especialista (especifique) \_\_\_\_\_
  7. ¿Cuántas horas a la semana dedica a la práctica de la Odontología? 1.- de 6 a 10 h 2.- de 11 a 15 h 3.- de 16 a 20 h 4.- de 21 a 25 h 5.- de 26 a 30 h 6.- de 31 a 35 h 7.- de 36 a 40 h 8.- de Más de 40
  8. Realiza su trabajo Profesional: 1.- Solo 2.- En equipo (con otro profesionista)
  9. Realiza usted alguna actividad deportiva: ( puede marcar más de una opción )     
1.-Natación 2.-Atletismo 3.-Ciclismo 4.- Caminata 5.-Futbol soccer 6.-Karate  
7.-Otra (especifique) \_\_\_\_\_ 8.- No hago deporte
  10. ¿Con qué frecuencia la practica? 1.-Una vez a la semana 2.-De 2 a 3 veces a la semana 3.-Cada 15 días Otra 4.-Una vez al mes 5.-Otra (especifique) \_\_\_\_\_
  11. Tiene usted alguna actividad RECREATIVA como:   
\*( puede marcar más de una opción )  
1.- Escuchar música 2.-Ver T.V 3.-Leer 4.-Teatro 5.- Danza 6.-Baile 7.-Acampar 8.-Pintura \_\_\_\_\_ 9.-Otra (especifique) \_\_\_\_\_ 11.-No tengo actividad recreativa
  12. ¿Con qué frecuencia la realiza? 1.- Una vez a la semana 2.- De 2 a 3 veces por semana 3.- Cada 15 días 4.- Una vez al mes 5.- Otra (especifique) \_\_\_\_\_
  13. ¿Cuenta usted con secretaria? 1.- Sí 2.-No
  14. ¿Cuenta usted con auxiliar o enfermera? 1.- Sí 2.-No



15. En un día de trabajo ¿Cuántos pacientes atiende?  
 1.- de 1 a 5    2.- de 6 a 10    3.- de 11 a 15    4. de 16 a 20    5.- Más de 25
16. En una consulta normal ¿qué tiempo le dedica a cada paciente?  
 1.- de 15 a 20 min.    2.- de 20 a 25 min.    3.-de 25 a 30 min.    4.- Más de 30 min.
17. La mayoría del tiempo usted trabaja: 1.- Sentado    2.-De pie    3.-Ambas
18. ¿Cuántas comidas hace al día? 1.- Desayuno    2.-Almuerzo    3.-Comida    4.- Merienda    5.- Cena
19. ¿Hace sus comidas a la misma hora cada día? 1.- Sí    2.-No    3.-A veces
20. ¿Cree usted estar excedido de peso? 1.- Sí    2.- No
21. En el último año ¿Se ha realizado alguna prueba para medir su colesterol? 1.- Sí    2.- No
22. A lo largo de su Practica Profesional ¿Ha notado disminución en su agudeza visual?   
 1.- Sí    2.- No
23. Padece usted de:1.- Miopía    2.- Astigmatismo    3.- Hipermetropía    4.- Otra (especifique)\_\_\_\_\_
24. ¿Cuánto tiempo tiene de padecerla? 1.-de 1 a 6 meses    2.-de 7 a 12 meses    3.-de 1 a 5 años    4.-de 6 a 10 años    5.- de 11 a 15 años    6.- de 16 a 20 años    7.- de 21 a 25 años    8.- de 26 a 30 años    9.- Más de 30 años
25. ¿Ha padecido de conjuntivitis? 1.- Sí    2.- No
26. ¿Con qué frecuencia? 1.- Una vez al mes    2.- De 1 a 3 veces al año    3.- Más de 3 veces al año    4.- Otra \_\_\_\_\_
27. En el Tránsito de su práctica profesional ¿Ha padecido inflamación en los párpados(blefaritis)? 1.-Sí    2.-No
28. ¿Con qué frecuencia? 1.- de 1 a 3 veces al mes    2.- de 1 a 3 veces al año    3.- Más de 3 veces al año    4.- Otra \_\_\_\_\_
29. En el transcurso de su Práctica Profesional ¿ha notado disminución en su agudeza auditiva? 1.- Sí    2.- No
30. ¿Cuánto tiempo tiene de notarlo? 1.- de 1 a 6 mese    2.- de 7 a 12 meses    3.- de 1 a 5 años    4.- de 6 a 10 años    5.- de 11 a 15 años    6.- de 16 a 20 años    7.- de 21 a 25 años    8.- Más de 25 años
31. Al terminar una jornada de trabajo y después de haber usado la pieza de mano de alta y/o baja velocidad usted siente o ha sentido: 1.-Zumbido de oídos    2.- La sensación de tener los oídos tapados    3.- Dolor    4.- Nada
32. ¿Con qué frecuencia? 1.- Diario    2.- de 1 a 2 veces por Semana    3.- de 1 a 2 veces por mes    4.- Otra ( especifique). \_\_\_\_\_
33. ¿Ha padecido o padece algún tipo de dermatitis? 1.- Sí    2.- No ( pase a la pregunta 36)
34. ¿Cuánto tiempo tiene de padecerla? 1.-de 1 a 3 meses    2.- 4 a 6 meses    3.- 7 a 12 meses    4.- de 1 a 5 años    5.- de 6 a 10 años    6.- de 11 a 15 años    7.- de 16 a 20 años    8.- de 21 a 25 años    9.- Más de 25 años
35. La dermatitis se localiza o ha localizado en: 1.- Dedos    2.- Manos    3.- Brazos    4.- Cara ( especifique el área)\_\_\_\_\_    5.- Otra ( especifique ) \_\_\_\_\_
36. ¿Relaciona la aparición de la dermatitis con algún material usado en odontología? 1.- Sí (especifique)\_\_\_\_\_    2.- No    3.- No lo sé

37. ¿Fuma usted? 1.- Sí 2.- No

38. En un día ¿Cuántos cigarros fuma? 1.- de 1 a 5 2.- de 6 a 10 3.- de 11 a 15 4.- de 16 a 20 5.- Más de 20


**Nota**

- En la pregunta 39 puede marcar más de una opción. Cada cuadro está dividido en 2 casilleros, en el cuadro de abajo anote el numero del padecimiento y en el cuadro de arriba el numero que corresponda al tiempo de padecerla. Ejemplo:

- 8.- Várices 3.- de 1 a 5 años 

3
8
- Si necesita hacer alguna especificación coloque el numero de su respuesta al inicio de la línea indicada, enseguida anote su aclaración.
- La frecuencia está indicada arriba

39. ¿Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades

APARATO CIRCULATORIO 1.-Hipertensión 2.-Infarto al miocardio 3-Várices 4-Hemorroides 5.-Otra

APARATO RESPIRATORIO 6.- Asma 7.- Bronquitis 8.-Enfisema pulmonar 9.- Otra

APARATO DIGESTIVO 10.- Gastritis 11.- Ulcera péptica 12.- Ulcera gástrica 13.- ulcera duodenal 14.- Otra

SISTEMA ENDOCRINO 15.- Diabetes 16.- Hipertiroidismo 17.- Hipotiroidismo 18.- Otra

SISTEMA NERVIOSO 19.- Epilepsia 20.- Enfermedad de Párkinson 21- Otra

OTROS PADECIMIENTOS 22.- Rinitis 23.- Herpes 24.Otra ( especifique )

SISTEMA ÓSEO 25.- Encorvamiento anormal de la columna hacia delante ( cifosis) 26.- Curvatura anormal de la columna lumbar hacia delante ( Lordosis) 27.- Desviación lateral de la columna vertebra ( escoliosis) 28.- Deformidad en los dedos. 29.- Deformidad en las manos. 30.- Osteoporosis. 31.- Reumatismo. 32.- Fiebre reumática. 33.- Artritis. 34.- Osteoartritis. 35 Otra

				<i>Tiempo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Frecuencia</i>				<i>Padecimiento</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 1.- de 1 a 6 meses 3.- de 1 a 5 años 5.- de 11 a 15 años 7.- de 21 a 25 años
- 2.- de 7 a 12 ,meses 4.- de 6 a 10 años 6.- de 16 a 20 años 8.- de 26 a 30 años
- 9.-Más de 30 a.

40. En el transcurso de su práctica Profesional usted ha padecido o padece:

Marque con una X	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
1.- Contractura del músculo Esternocleidomastoideo			
2.- Dolor en el cuello			
3.- Dolor en los hombros			
4.- Dolor en la espalda (lumbalgia)			
5.- Dolor en los brazos			
6.- Dolor en las manos			
7.- Dolor en caderas y muslos			

41. ¿Suele relajarse, hacer movimientos o ejercicio, tomar agua entre cada paciente en su consulta?  
1.- Frecuentemente 2.- Algunas veces 3.- Nunca
42. ¿Duerme bien? 1.- Sí 2.- No
43. Cuando no puede dormir ¿Toma o ha tomado algún medicamento para inducir el sueño?  
1.- Sí. ¿cuál? \_\_\_\_\_ 2.- No
44. Con qué frecuencia? 1.- Una vez por semana 2.- de 2 a 3 veces por semana 3.- Diario  
4.- Cada 15 días 5.- Otra
45. En el transcurso del último año usted se ha sentido Marque con una X

	Sí	No
1.- Angustiado		
2.- Agresivo		
3.- Desilusionado		
4.- Poco tolerante		
5.- Frustrado		
6.- Feliz		

- 46.- El interés hacia su trabajo puede considerarlo como: 1.-Excelente 2.-Bueno 3.-Regular 4.Malo
47. ¿Encuentra motivante su ejercicio profesional? 1.- Sí 2.- No 3.-Aveces
48. ¿Ha padecido o padece depresión? 1.-Sí 2.-No
49. Cuando se siente deprimido ¿toma o ha tomado algún medicamento que lo ayude a salir de esa depresión? 1.- Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 2.- No
50. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? 1.- Sí 2.- No (pase a la pregunta 53)
51. ¿Qué cantidad bebe a la semana? 1.-De 1 a 3 copas por semana 2.-De 4 a 6 copas por semana  
3.- De 7 a 10 copas por semana 4.- Más de 10 copas por semana. 5.- Otra \_\_\_\_\_
52. ¿Se siente o se ha sentido estresado? 1.- Sí 2.- No
53. ¿Está usted consciente de la fatiga mental y física que provoca el Ejercicio Profesional?  
1.- Sí 2.-No
54. ¿Ha tomado algún curso de meditación o relajación? 1.- Sí 2.- No
55. ¿Practica alguna técnica para reducir el estrés? 1.- Sí. ¿Cómo cuál? \_\_\_\_\_ 2..No
56. ¿Se actualiza usted asistiendo a congresos o cursos relacionados con su profesión?  
1.- Sí 2.- No
57. ¿Con qué frecuencia? 1.- de 1 a 3 veces por año 2.- Una vez al año  
3.- No he asistido a ninguno en 2 o 3 años 4.- Nunca
58. Usted toma vacaciones 1.-Una vez por año 2.-2 o 3 veces por año  
3.-No ha tomado vacaciones en el último año. 4.- No ha tomado vacaciones en 2 o 3 años.
- 59.-Si tuviera la oportunidad de volver a escoger carrera ¿Volvería a estudiar Odontología?  
1.- Sí 2.- No (especifique brevemente porqué)  
\_\_\_\_\_
60. En cuanto a su salud. Con qué frecuencia se realiza un chequeo médico:  
1.- Una vez al año 4.- Más de 4 veces al año  
2.- Dos veces al año 5.- Solo cuando estoy enfermo o me siento mal  
3.- Tres veces al año 6.- No he asistido al médico
61. ¿Qué tanto le preocupa su propia Salud?  
1.- Mucho  
2.- Poco  
3.- Nada