

01421  
285

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"CONDICIONES BUCALES DEL PACIENTE CON ALTERACIÓN  
PSIQUIÁTRICA: ESQUIZOFRENIA"

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

JAIME AUGUSTO REYES PINZÓN

A handwritten signature in black ink, appearing to be "JAIME REYES PINZÓN", written in a cursive style.

DIRECTOR DE TESIS:  
DR. JAVIER PORTILLA ROBERTSON

ASESORES  
C.D. Lila Areli Domínguez Sandoval.  
Mtra. María Eugenia Pinzón Tofiño.

México, D.F.

2003



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.

# ÍNDICE

<b>Resumen</b>	<b>1</b>
<b>Introducción</b>	<b>2</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>4</b>
<b>Desarrollo de la enfermedad</b>	<b>7</b>
<b>Epidemiología</b>	<b>8</b>
<b>Causas de la esquizofrenia</b>	<b>9</b>
<b>Síntomas, signos y diagnóstico de la esquizofrenia</b>	<b>10</b>
<b>Tratamiento de la esquizofrenia</b>	<b>15</b>
<b>Efectos secundarios comunes de los medicamentos</b>	<b>18</b>
<b>Planteamiento del problema</b>	<b>20</b>
<b>Justificación</b>	<b>22</b>
<b>Objetivos</b>	<b>23</b>
<b>Hipótesis</b>	<b>24</b>
<b>Metodología</b>	<b>25</b>
<b>Resultados</b>	<b>29</b>
<b>Discusión</b>	<b>37</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>39</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>40</b>

**RESUMEN**

**La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales que ocasionan una severa incapacidad en la edad más productiva del ser humano, ya que la mayor parte de los pacientes inician su padecimiento entre los 15 y los 35 años de edad.**

**Es una enfermedad crónica incurable, generalmente controlable, caracterizada por presentar perturbaciones en las relaciones interpersonales y tendencia marcada al aislamiento, cuyo pronóstico es muy variable, relacionándose con la asistencia, su tratamiento oportuno y los esfuerzos que se hagan en el campo de la rehabilitación social.**

**Constituye uno de los principales retos en materia de salud en los países desarrollados, siendo también uno de los problemas de salud pública más importantes en los subdesarrollados ya que su prevalencia es mayor en las clases desprotegidas.**

**A nivel mundial su incidencia varía entre 0.3 y 1.2 por cada mil habitantes. En América del Norte su prevalencia es de 1.0 a 1.9 por cada mil habitantes, mientras que en México, De acuerdo a lo expresado en el Programa Nacional de Salud 2000-2006 de la Secretaría de Salud la tendencia es creciente, considerándose que aproximadamente medio millón de personas sufrirán la enfermedad.**

**La presente tesis tiene por objetivo profundizar sobre aspectos odontológicos que se han mantenido al margen sobre este tipo de pacientes, que como cualquier ser humano también pueden presentar alteraciones bucodentales y sufrir por el dolor, por lo que es importante considerar el papel del cirujano dentista frente al paciente psiquiátrico.**

## **INTRODUCCIÓN**

**El ser humano es considerado la especie mas compleja del reino animal, el mejor dotado y fácilmente diferenciado de aquéllos denominados inferiores.**

**Esto es debido a que posee la capacidad de integrar información y generar ideas las cuales son expresadas mediante un proceso que interrelaciona a seres de la misma especie conocido como lenguaje.**

**Es este proceso lo que hace la gran diferencia entre los animales inferiores y el humano, ya que éste último, puede expresarse de manera escrita, verbal e incluso corporal. Aunque existen algunos animales como los delfines y orangutanes quienes presentan alta actividad cerebral y capacidad para expresarse, no son capaces de comunicarse con seres iguales entre si por medio de formas intelectuales como el lenguaje aprendido, comúnmente denominado conciencia.**

**El instinto, actividad propia de los animales inferiores, no está dado a partir de la razón o conciencia, sino de emociones originadas de lo aprendido por repetición o por especie como forma de defensa o de sobrevivencia.**

**Estas diferencias, han permitido a lo largo de la historia, entender de manera parcial en muchas ocasiones, los niveles de desarrollo del ser pensante.**

**Sin embargo, el sistema intelectual del hombre, altamente organizado y ensamblado, puede perder la conexión central y generar conductas adversas a la vida en comunidad que exigen mantener vínculos**

**estables y organización equilibrada para continuar siendo una sociedad.**

**Desde el punto de vista social, el deterioro mental pone en riesgo el sostenimiento de las relaciones sociales y la pérdida de su vínculo esencial, la familia y el entorno inmediato y desde el punto de vista médico, las enfermedades mentales ocupan un lugar preponderante, debido al número significativamente alto de población que los padece.**

**Estos pacientes, son abordados por un sin número de especialistas, debido a las alteraciones que presentan en otros sistemas correlacionados con la enfermedad mental.**

**Sin embargo, los aspectos odontológicos se han mantenido al margen de este tipo de pacientes, olvidándose de ellos, como cualquier ser humano también pueden presentar alteraciones bucodentales y sufrir por el dolor, por lo que es importante considerar el papel del cirujano dentista frente al paciente psiquiátrico.**

## **ANTECEDENTES**

**La esquizofrenia como enfermedad, es estudiada ampliamente desde el siglo XIX, sin embargo, persisten lagunas en cuanto a la misma.**

**Sus síntomas incluyen ilusiones auditivas y visuales, paranoia, alteraciones del lenguaje o pensamiento desconectado, ausencia de sentimientos o sentimientos considerados inapropiados, aislamiento e incapacidad para desenvolverse en los ámbitos social, laboral o familiar.**

**Además, se caracterizan por presentar falta de interés e iniciativa en la realización de cualquier tarea, incluso en su cuidado personal ya que tiene problemas de higiene, reforzado con un comportamiento extraño tal como mecerse, pasearse o comportarse de manera excesivamente catatónica, mezclados con estados de depresión, ansiedad, ira o inquietud marcadas acerca de su propio cuerpo y de las enfermedades o infecciones que pueden contraer.**

**Fue descrita por Wittgenstein como "el encantamiento de nuestra inteligencia por el lenguaje", que puede ser causada por una anomalía bioquímica, una infección viral, un defecto estructural del cerebro o lo que ahora se determina como el origen más cercano, el genético<sup>1</sup>.**

**Consta de un conjunto de enfermedades mentales, que van desde sujetos silenciosos e introvertidos que pueden conservar un trabajo y cuidar de sí mismos, hasta pacientes abiertamente delirantes que precisan hospitalización y control externo de sus conductas impulsivas<sup>8</sup>.**

**En general, la enfermedad se desarrolla hasta convertirse en grave; su evolución muchas veces insidiosa, llegando a manifestarse desde edad temprana (hebefrenia)<sup>2,8,11</sup>, antes de los 20 años o poco después, justo cuando deberían estar preparados para iniciar la vida adulta y empezar una vida productiva<sup>6</sup>, siendo la característica clínica la disgregación o desintegración de la personalidad, como si esta se fragmentara en partes anárquicas y autónomas, a veces erráticas y que afectan fundamentalmente la vida emocional o afectiva del enfermo, así como sus funciones intelectuales, el curso del pensamiento y su conducta individual o social<sup>2,6,11</sup>.**

**Los esquizofrénicos son los enfermos mentales más enigmáticos e ilógicos, a veces extravagantes e imprevisibles en el suceder de su pensamiento y de su conducta. En ellos falla la capacidad de comunicación verbal al transformarse en algo incomprensible e indescifrable, en la que advertimos modalidades anárquicas del lenguaje, fuera del proceso lógico o gramatical, lleno de simbolismos y con una tendencia que va de la simple introversión al ensimismamiento o autismo esquizofrénico, comportándose como en un mundo subjetivo, íntimo, imaginario, que se desplaza de la realidad, a la que capta erráticamente o ante la cual permanece indiferente por un período de tiempo breve o prolongado<sup>2</sup>.**

**En su desarrollo histórico, la esquizofrenia ha recibido nombres como demencia precoz, "afectos de estupidez" o hebefrenia, denominándose catatonia cuando se refiere a algunos trastornos psicomotores tales como inexpresividad de la cara, inmovilidad con fijación postural espontánea o impuesta por alguien y resistencia muscular con plasticidad cérea<sup>2</sup>.**

**Fue el alemán Kraepelin (1890-1907), quien sentó las bases descriptivas y nosológicas de la esquizofrenia, distinguiendo cuatro**



**formas de demencia precoz: simple, hebefrénica, catatónica y paranoide<sup>2</sup>.**

**Chaslin y Stransky (1905 y 1910) no consideraron correcto el término de demencia, puesto que no ocurre el debilitamiento intelectual progresivo del síndrome orgánico, sino que se trata de una disociación de los procesos intrapsíquicos, donde la personalidad pierde su integridad, armonía y unidad coherente<sup>2</sup>.**

**El término de esquizofrenia (*esquizo* = dividido; *frenia* = mente) surge como tal en 1911 con Bleuler, implicando una disociación ideoafectiva o psicoafectiva, con una especie de fragmentación de la personalidad e indiferencia atáxica de la vida afectiva y la lógica de los conocimientos externos<sup>2, 6</sup>.**

**En el Congreso Psiquiátrico de Zurich (1957), la esquizofrenia se definió como "una psicosis crónica, que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de un género, el de las psicosis delirantes crónicas, caracterizada por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en relación con los demás, para perderse en un pensamiento autista, es decir, en un caos imaginario, personal e individual", considerado como un trastorno multifactorial (poliético), a diferencia de otros que están definidos por una característica unitaria (monoética)<sup>6,11</sup>.**

**La diversidad de sus manifestaciones ha hecho pensar que no se trata de una enfermedad sino de diferentes formas de reacción psicobiológica, en función de conflictos severos, que dependen de distorsiones del proceso de maduración debidos a factores psicológicos individuales, a influencias familiares o del medio social y**

a otros procesos más profundos que vienen siendo estudiados por los psicoanalistas<sup>2</sup>.

## **DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD**

Inicia durante la adolescencia o etapa de adulto joven, afectando a ambos sexos con igual frecuencia. En las mujeres, se presenta al final de los 20 o principio de los 30 años de edad. En varones ocurre principalmente al principios de los 20 años.

La mayoría de los pacientes muestran episodios psicóticos agudos seguidos de episodios estables con remisión total o parcial, distinguiéndose tres fases:

- Fase aguda, con síntomas psicóticos agudos, tales como desilusiones y alucinaciones, con pensamiento desorganizado severo; usualmente los pacientes son incapaces de cuidarse a sí mismos y los síntomas negativos son severos.
- Fase de estabilización, donde los síntomas son relativamente estables y si ocurren otros, son menos severos que los presentados durante la fase aguda.
- Fase estable. Los pacientes pueden estar asintomáticos o manifestar síntomas no psicóticos como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Cuando hay síntomas positivos o negativos, estos están atenuados.

El desarrollo del primer episodio psicótico puede ser abrupto, pero la mayoría de los individuos presentan una fase prodrómica que puede durar de días a meses. El curso de la enfermedad es variable, algunos solo sufren un episodio, pero la mayoría sufre exacerbaciones y remisiones, mientras que otros permanecen crónicamente psicóticos.

**Al principio de la enfermedad, los síntomas negativos son ominentes, luego aparecen los positivos, respondiendo favorablemente al tratamiento observándose una disminución de los mismos.**

## **EPIDEMIOLOGÍA**

**Se presenta menos de un caso por cada 100 personas. La enfermedad se distribuye uniformemente en el ámbito mundial, aunque existen zonas de alta prevalencia. El riesgo aumenta si algún familiar sufre la enfermedad, si es soltero, de una nación industrializada y de clase socioeconómica baja, si vive en un centro urbano, si sufrió complicaciones uterinas o perinatales, si nació en el invierno o ha experimentado recientemente un episodio estresante.**

**La esquizofrenia es un padecimiento psíquico universal y es muy frecuente, dentro de las cifras estadísticas que podemos consultar se observa que: desde 0.3 % hasta el 1 % de la población en cualquier área mundial la está padeciendo actualmente.**

**Es más frecuente en la mujer que en el hombre; es una enfermedad de los jóvenes, alrededor de la adolescencia; observándose nueve veces más, en los estratos sociales bajos que en las clases altas.**

**El riesgo de esta enfermedad a lo largo de la vida en la población general es de alrededor de 1%, siendo 10 veces mayor en los hermanos o los hijos de esquizofrénicos. La frecuencia es menor en los padres, ya que el padecerla, reduce las posibilidades de tener descendencia, por lo que en los padres de los individuos esquizofrénicos hay una "selección de los sanos", quienes tienen una predisposición al padecimiento el cual no se ha manifestado en ningún momento o este se produce sólo en una fase más avanzada de la vida, después de haber tenido hijos. También aumenta el riesgo en los**

familiares en segundo y tercer grados de individuos esquizofrénicos. Mas del 60% de los pacientes esquizofrénicos no tenían antecedentes de la presencia de este trastorno en los familiares de primer o segundo grado<sup>5</sup>.

## **CAUSAS DE LA ESQUIZOFRENIA**

No existen acuerdos aceptados con respecto a las causas definitivas de la esquizofrenia, ya que se trata de una psicosis, sin daños estructurales específicos, por lo que se la considera fuera de los padecimientos orgánicos del sistema nervioso.

Entre los factores orgánicos Franz Kallmann considera la predisposición genética debido a sus estudios en gemelos. Pollin y últimamente Kety reafirmaron la importancia del factor genético al considerar que una constelación de rasgos esquizofrénicos es heredable y que también es producto del medio ambiente<sup>2</sup>. Son los genes comunes y no el hecho de vivir en un mismo entorno lo que genera un mayor riesgo de esta enfermedad en los familiares de individuos afectados. Lo que se hereda no es la certeza de aparición de la enfermedad sino más bien una predisposición o propensión a presentar el trastorno<sup>5</sup>.

Otros factores orgánicos son los bioquímicos, ya que se ha demostrado la presencia de hidrocorticoides esteroides en la excreción urinaria, durante periodos de gran ansiedad y depresión. Excreción de epinefrina se comprueba en las fases de gran conmoción.

Como factor tóxico, se puede mencionar el efecto de la mezcalina la cual produce alucinaciones y múltiples alteraciones psicóticas. Esto alentó la idea de que estas psicosis "experimentales" daban base por la semejanza, con cierta sintomatología esquizofrénica.

**La esquizofrenia es, como muchas psicosis, una resultante de múltiples factores, ninguno despreciable, hasta que la ciencia vaya descifrando a la predominancia de algunos de ellos.**

**Cabe mencionar que Freidman y Shneidman encontraron que un 60% de mujeres esquizofrénicas, frente a un 13.3% de mujeres normales habían sido objeto de abusos sexuales o violadas o forzadas contra su voluntad, fundamentalmente en su infancia. Otro 50% sufrió episodios de violación en la vida adulta frente a un 20% de mujeres normales. En varones esquizofrénicos se encuentran también elevados los porcentajes experiencias sexuales traumáticas<sup>8</sup>.**

**Dividir la esquizofrenia en tipos genéticos y tipos no genéticos comunes explica tanto la ausencia de antecedentes familiares en la mayor parte de los casos como los resultados poco concluyentes del modelado, genético que no tiene en cuenta fenómenos como la discordancia de los gemelos MZ.**

**Los enfoques clásicos de los estudios de familias de gemelos y de individuos adoptados indican la existencia de una importante contribución genética en la etiología de la esquizofrenia. Los análisis de segregación en árboles genealógicos amplios no han aportado resultados positivos de manera uniforme.**

## **SÍNTOMAS, SIGNOS Y DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA**

**Como se mencionó anteriormente, la esquizofrenia es una enfermedad que afecta a personas jóvenes, apareciendo justo cuando están preparados para iniciar la vida adulta y empiezan una vida productiva, sintiéndose como si hubieran perdido su identidad, su autonomía y su capacidad mental, falleciendo un 10% por suicidio.**

**Los padres viven la enfermedad como la pérdida de un hijo que antes era normal, que continúa viviendo pero que parece una persona distinta, describiendo esta experiencia de pérdida como un "duelo sin fin".**

**Clínicamente es confusa, ya que afecta a muy distintos tipos de funciones cerebrales. Los aspectos más notables son los trastornos de la percepción (alucinaciones), pensamiento inferencial (delirios), conducta orientada a un objetivo (volición) y expresión emocional (embotamiento afectivo), trastornos politéticos es decir, definidos por muchas características, a diferencia de los trastornos de carácter monotético definidos por una característica unilateral.**

**Manifestaciones psicóticas como delirios, alucinaciones y anomalías de la expresión de las emociones o la interacción social, deben ser síntomas algo persistentes o crónicos, que no son explicables como efectos secundarios a otros trastornos médicos identificables.**

### **SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS**

**Esta terminología procede de Hughlings-Jackson, quien sostiene que los síntomas positivos de la psicosis se debían a un fenómeno de liberación, en la que los síntomas de una fase evolutiva más baja saldrían a la superficie a causa de la organización o dirección de los mismos, mientras que los negativos se debían en cambio a la simple pérdida de una función, presumiblemente como consecuencia de una pérdida neuronal.**

**Los síntomas positivos son una exageración de las funciones normales (la presencia de algo que debiera estar ausente) y síntomas negativos indicativos de una pérdida de funciones normales (la ausencia de algo que debiera ser presente).**

**Los pacientes son diagnosticados porque los síntomas positivos están indicando claramente que se presenta un trastorno psicótico grave.**

**Los síntomas negativos pueden estar presentes también en una fase muy temprana de la enfermedad, pero se van haciendo cada vez más prominentes en las fases más avanzadas, a menudo después de que los síntomas positivos hayan remitido o se hayan reducido como consecuencia del tratamiento neuroléptico.**

**Los síntomas positivos deben subdividirse a su vez en un grupo "psicótico" (formado por los delirios y alucinaciones) y un grupo "desorganizado" (formado generalmente por el trastorno del habla/pensamiento formal desorganizado, la conducta desorganizada y la afectividad incongruente o inapropiada).**

**Actualmente parece claro que los síntomas negativos no son un efecto de la cronicidad o "agotamiento", sino que pueden estar presentes como síntomas prodrómicos antes de la aparición de los síntomas positivos floridos, y pueden darse conjuntamente con éstos, a diferencia de los síntomas positivos que serían consecuencia de una hiperactividad del sistema dopaminérgico, mientras que los negativos se deberían a una pérdida neuronal difusa que podría visualizarse mediante una técnica de imagen estructural como la tomografía computarizada (TC).**

**Las anomalías estructurales del cerebro, especialmente el agrandamiento de los ventrículos medio en la TC, tienden a asociarse a unos síntomas negativos prominentes.**

**Estudios donde se han utilizado técnicas de neuropsicología o psicología cognoscitiva demuestran que el deterioro tiende a ser mínimo cuando los síntomas positivos son prominentes**

**(especialmente la dimensión psicótica), mientras que los síntomas negativos pueden asociarse al deterioro grave, síntomas secundarios pueden eliminarse o reducirse a menudo con alguna maniobra terapéutica.**

**Se ha propuesto que el lóbulo temporal y las regiones límbicas son posibles substratos de los síntomas positivos, dado el papel crucial que se ha demostrado que desempeñan estas zonas en las emociones y la memoria. En favor de esta relación, los estudios de resonancia magnética (RM) demuestran que el menor tamaño de la circunvolución temporal superior está relacionado con las alucinaciones auditivas, mientras que el planum temporal está asociado con los trastornos del pensamiento. Estudios de tomografía por emisión de positrones) PET, indican que las anomalías de estas regiones están relacionadas con las dimensiones de psicoticismo y desorganización.**

**En lo relativo a los síntomas negativos, explorando los lóbulos frontales, los cuales priorizan la información y realizan otras funciones cerebrales ejecutivas, tanto la RM como la PET han aportado algunos datos que parecen ir en favor de esta posibilidad.**

### **ALTERACIONES SEXUALES**

**Es difícil obtener esta información de manera fiable, puesto que el paciente esquizofrénico es susceptible de dar respuestas inexactas a los cuestionarios y pueden responder de modo delirante e incoherente en una entrevista directa. La fiabilidad de las respuestas depende del estado psíquico del paciente<sup>8</sup>.**

**Las modificaciones sexuales de los esquizofrénicos pueden deberse a una de tres explicaciones: 1- una teoría estructural, la cual no se**



considera válida (no creen que exista una característica nuclear primaria de la enfermedad que afecte el patrón de conducta sexual); 2.- los cambios en los patrones sexuales se producen secundariamente a la aparición de la enfermedad) siendo el autismo, el aislamiento y la falta de habilidades sociales los que afectan directamente las manifestaciones sexuales de los pacientes. Y 3- el papel de las limitaciones farmacológicas y socioculturales en la expresión sexual de los pacientes psiquiátricos crónicos, su ubicación en ambientes protegidos donde la sexualidad es reprimida o en medios socialmente privados –cárcel, desempleo- donde las relaciones no son habitualmente muy satisfactorias.

Escuchar ruidos que nadie más escucha, hablar solo, aislarse del mundo exterior, perder contacto emocional con el resto de las personas, ausentarse de la realidad, sentir que se teje algún plan o confabulación en su contra, son algunas de las características de la persona esquizofrénica.

Aunque hasta ahora no existen hallazgos contundentes respecto al origen de estas alteraciones, se piensa que se pueden influir factores tanto físicos, biológicos y genéticos, como algunos traumas de la niñez o incluso anteriores a ella.

La esquizofrenia durante algunas épocas puede estar latente sin presentar crisis y en otras circunstancias se puede agudizar repentinamente.

Se estableció que los pacientes tienen muchas luces de esperanza para lograr su restablecimiento si siguen un tratamiento farmacológico así como terapias familiares y la reincorporación a su medio social.

## **TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA**

**La esquizofrenia es un padecimiento severo, a veces enmascarado, a veces agudo, otras veces lento y crónico con una evolución más bien continuada, con etapas de remisiones sobre todo bajo acción terapéutica adecuada. Son frecuentes las recaídas y a la larga el deterioro mental y la incurabilidad. El pronóstico es severo y la psicoterapia necesaria. El 10% de los enfermos de esquizofrenia fallecen por suicidio.**

**El éxito del tratamiento dependerá, además de su inicio temprano posible, de:**

- **cooperación del enfermo,**
- **cooperación de la familia,**
- **dosis adecuadas de medicamento<sup>3</sup>.**

**El psiquiatra debe actuar como un Yo auxiliar, de la siguiente forma:**

- **Dando un verdadero apoyo al enfermo.**
- **Dirigiéndolo hacia metas que le sean provechosas y le eviten problemas y conflictos.**
- **Educando al enfermo hacia el logro de nuevos incentivos para cambiar su vida.**
- **Ayudándolo a corregir los trastornos de su ambiente que sean modificables.**
- **Ayudando al enfermo a adaptarse a los trastornos de su ambiente que no sean modificables, corregibles o remediables.**
- **Todo lo anterior es posible hacerlo, si hemos realizado y estudiado cuidadosamente la anamnesis del enfermo y si practicamos en forma simultánea un tratamiento con antipsicóticos.**
- **Tratar de explicar y convencer al enfermo que debe tomar medicamentos ya que es la única forma de mejorarlo<sup>2</sup>.**

**Al iniciar el tratamiento, el psiquiatra deberá entrevistar al paciente 2 o 3 veces por semana, para controlar los efectos laterales provocados por los antipsicóticos y regular la dosis de éstos. El tratamiento incluye tres fases a lo largo de 3 años, con objetivos bien definidos de forma explícita para cada fase y con una cuidadosa valoración del logro de estos objetivos antes de que el paciente pase a la etapa siguiente<sup>4</sup>.**

**La familia del enfermo debe ser entrevistada con cierta frecuencia para lograr su cooperación. Con frecuencia éstos reaccionan en forma hostil o de rechazo hacia el paciente. Esta actitud puede exacerbar los trastornos emocionales del enfermo. La colaboración de la familia es necesaria para:**

- 1o. En casos de pacientes no hospitalizados, saber si el enfermo tomó o no el medicamento. Es frecuente que el paciente interrumpa el tratamiento si presenta efectos laterales, por considerar que ha mejorado lo suficiente o, simplemente, por pensar que no está enfermo y no necesita medicamentos.**
- 2o. La familia debe servir de guardián ante la posibilidad de excitación, tendencia suicida, tendencia homicida, etcétera.**
- 3o. La familia debe ayudar a planear las actividades del enfermo y procurar, por todos los medios posibles, lograr establecer su estabilidad emocional, dándole su apoyo<sup>2</sup>.**

**Las fenotiazinas y las butirofenonas son útiles para bloquear la esquizofrenia. Deben ser administradas en dosis antipsicóticas desde un principio<sup>3</sup>. Un error es el pensar que a síntomas iniciales discretos deben corresponder necesariamente dosis bajas de antipsicóticos<sup>3</sup>, ya que esto favorece a que se transformen en crónicos muchos casos<sup>4</sup>.**

**En general, los fármacos antipsicóticos producen signos extrapiramidales (EPS) como efecto secundario por ejemplo,**

**parkinsonismo, acinesia, distonía aguda. Los fármacos antipsicóticos atípicos no producen EPS o son muy leves<sup>7</sup>.**

**No se ha producido ningún avance significativo en el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia antes de la introducción de la clozapina en la práctica clínica durante los primeros años de la década de los noventa. El principal factor limitante de la administración de este fármaco es el elevado riesgo (0.5-1%) de agranulocitosis y crisis epilépticas. La Food and Drug Administration (FDA) declara en el prospecto del fármaco que "la clozapina deberá administrarse sólo a pacientes que no hayan respondido adecuadamente al tratamiento con las dosis adecuadas de fármacos antipsicóticos estándar"<sup>7</sup>.**

**Los estudios de los efectos farmacológicos han demostrado que el tratamiento con fármacos antipsicóticos produce cambios relativamente difusos en el metabolismo cerebral regional. El tratamiento crónico con fármacos antipsicóticos típicos (flufenacina o haloperidol) incrementa el metabolismo de la glucosa en los ganglios basales, en tanto que disminuye el metabolismo en gran parte de la sustancia gris. La clozapina también incrementa el metabolismo de los ganglios basales, mientras que sus efectos en el metabolismo cortical son menos pronunciados que los de los fármacos antipsicóticos típicos<sup>7</sup>.**

**En la actualidad se están desarrollando nuevos fármacos antipsicóticos en mayor cantidad que en ningún momento anterior de la historia<sup>4</sup>.**

**Muchos clínicos continúan utilizando los antipsicóticos como el haloperidol o la flufenacina como tratamiento de primera línea. La decisión respecto a que fármaco administrar debe basarse en los**

**antecedentes de las respuestas previas al medicamento, el perfil de efectos adversos y el costo<sup>4</sup>.**

**La medicación antipsicótica causa un sinnúmero de efectos secundarios, resultado de su acción sobre el sistema de neurotransmisión en otras regiones no blancos (extrapiramidales), mientras que otros son de patofisiología desconocida (leucopenia).**

### **EFFECTOS SECUNDARIOS COMUNES DE LOS MEDICAMENTOS**

**Sedación: Es el más común, especialmente con los antipsicóticos de baja potencia (clorpromazine). Suele ser más pronunciada en las fases iniciales del tratamiento. La mayoría de los pacientes desarrollan tolerancia pudiendo tener un efecto benéfico en pacientes agitados, pero si persiste puede causar ensueño diurno.**

**Efectos anticolinérgicos y antiadrenérgicos: cuando se administran conjuntamente) causan boca seca, visión borrosa, constipación, taquicardia y retención urinaria. Ocurren en 10 al 50% de los pacientes tratados y pueden ser muy problemáticos en pacientes ancianos.**

**Aunque generalmente son efectos suaves y tolerables, pueden tener consecuencias graves como la muerte si no se detecta a tiempo el íleo del estómago, o causar hipertermia. La toxicidad anticolinérgica central puede causar problemas de mala memoria y cognición, confusión, delirio, somnolencia y alucinaciones.**

**Efectos Neurológicos: Los efectos extrapiramidales de los antipsicóticos son los más importantes. Todos estos agentes los inducen aunque algunos son más moderados a dosis bajas y pueden ser agudos o crónicos. Los primeros son: parkinsonismo, distonia,**

**acatisia y síndrome neuroléptico maligno (infrecuente pero amenaza la vida). Aproximadamente 60% de los pacientes que reciben medicación antipsicótica desarrollan un efecto extrapiramidal secundario. el parkinsonismo (rigidez, temblor, acinesia, bradicinesia) se ha encontrado en 20 % de los pacientes medicados con antipsicóticos durante los primeros días<sup>11</sup>.**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**El paciente psiquiátrico que desarrolla un cuadro de esquizofrenia, generalmente se encuentra bajo tratamiento en una institución especializada y al ser dado de alta, deambula tratando de reintegrarse a su familia como primer núcleo, así como a la sociedad de manera productiva.**

**Algunos lo logran cuando reciben apoyo y aprecio de sus familias, quienes buscan mantener impecable su salud. De esta forma llegan a la consulta privada o a los centros de atención odontológica, en condiciones dentro de lo común. Sin embargo, un grupo muy grande de éstos pacientes son considerados una carga extra para el conjunto familiar e incluso un lastre que es de difícil manejo por lo que la mayor parte de las ocasiones son tratados sin ayuda ni soporte familiar mucho menos en sus cuidados más básicos de salud y alimentación, de acuerdo a esto los pacientes se presentan con deterioro intenso de sus condiciones bucales.**

**La gran mayoría de los pacientes sometidos a tratamiento psiquiátrico por medio de farmacoterapia, generan alteraciones bucales tales como la xerostomía que ocasiona cambios de pH que alteran la microbiota, esto aunado al descuido en su higiene personal, al desconocimiento y la falta de apoyo de su entorno propicia que pierdan a más temprana edad los dientes o que los pierdan innecesariamente cuando se pudo aplicar alguna medida preventiva o de rehabilitación.**

**El tratamiento que el cirujano dentista debe ofrecerle a este tipo de pacientes debe ser especializado debido en primer lugar, a su labilidad emocional, que en algún momento podría desencadenar una regresión**

**de la enfermedad y segundo porque muchos de ellos a pesar de estar controlados farmacológicamente son demandantes, agresivos y hasta irritables a la menor provocación.**



## JUSTIFICACIÓN

**Establecer las condiciones odontológicas idóneas para tratar a éstos pacientes, así como canalizar a aquéllos que están enmascarando un cuadro psiquiátrico no tratado, evitaría innumerables dificultades en su manejo en la consulta privada.**

**El desinterés por parte del enfermo, la familia o del médico psiquiatra mismo en la salud bucal del paciente y la inaccesibilidad a los servicios de salud institucionales o privados por mencionar algunos factores, generalmente impide el éxito de los tratamientos dentales, por lo que adelantar un estudio tendiente a proponer estrategias que permitan abordar de mejor forma a estos pacientes concientizando a sus familiares además de conocer la prevalencia de lesiones bucales más frecuentes en el paciente con diagnóstico de esquizofrenia se traducirá en una mejoría física y estética que lo ayudaran a sentir apego y disciplina a su tratamiento y conservar por más tiempo un mayor número de dientes funcionales y responsabilizarse del autocuidado de su salud bucal.**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

**Determinar la prevalencia de lesiones bucales y de anomalías dentales en los pacientes que padecen esquizofrenia y que están sometidos a tratamiento farmacológico que demandan consulta en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez dentro del turno especial.**

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**-Determinar la prevalencia y tipo de lesiones bucales y anomalías dentales por edad y sexo en pacientes que padecen esquizofrenia y sometidos a tratamiento farmacológico.**

**-Determinar si existe asociación entre la prevalencia de lesiones bucales y la ingesta de medicamentos y estimar la razón de probabilidad de que este evento ocurra.**

**-Identificar la prevalencia de anomalías dentales presentes en éstos pacientes y el tipo de anomalía presente.**

## **HIPÓTESIS**

**La prevalencia de lesiones bucales es mayor en el sexo femenino que en el masculino.**

**Hipótesis Nula: (Ho)**

**La prevalencia de lesiones bucales no está asociada al tiempo de ingesta de medicamentos.**

**Hipótesis Trabajo: (Ha)**

**La prevalencia de lesiones bucales está asociada al tiempo de ingesta de medicamentos.**

**Los pacientes con esquizofrenia requieren de un tratamiento diferente del usual dentro del consultorio dental.**

**Pacientes con comportamiento de perfil esquizofrenico podrán ser detectados en el consultorio para mejorar su atención.**

**El reconocimiento de un paciente con estas características nos permitirá mejorar la relación médico-paciente dentro del consultorio.**

## **METODOLOGIA**

**El presente estudio, se efectuará en 20 pacientes previamente diagnosticados, ambulatorios y hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez."**

**Tomando como base la historia clínica del paciente, se realizará una entrevista con los familiares del mismo, para explicarles el motivo del estudio.**

**Posteriormente, se realizará una revisión bucal que incluirá exploración clínica de tejidos blandos y duros, este se llevará a cabo en un gabinete dental con técnicas de barrera, espejo bucal plano del No. 5 con mango plano, abatelenguas, gasa, explorador y excavador, además de separadores bucales de acrílico. La información será levantada en una historia clínica que contendrá información socio epidemiológica.**

**Si se llegase a encontrar alguna patología que clínicamente se observe de tipo neoplásico, esta será biopsiada y enviada a la División de Estudios de Postgrado e Investigación de la facultad de odontología de la UNAM para su diagnóstico.**

**Si se localizan lesiones que clínicamente parezcan de tipo infeccioso, se tomarán muestras, las cuales serán remitidas para su estudio al Hospital General Gea González. De igual forma, se recabará información sobre anomalías del desarrollo estas serán fotografiadas.**

## **TIPO DE ESTUDIO**

**Observacional, descriptivo y transversal**

## **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

**Pacientes psiquiátricos adscritos al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"**

## **MUESTRA**

**20 pacientes, 15 ambulatorios de consulta externa y 5 hospitalizados parcialmente en los pabellones en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".**

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

**Pacientes de ambos sexos que han sido diagnosticado clínicamente con esquizofrenia y se encuentran internos en el séptimo piso del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".**

**Pacientes que se encuentren entre la 1° y 5° semana de tratamiento farmacológico.**

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

**Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión y que además ellos o sus familiares no deseen que participen**

## **VARIABLE INDEPENDIENTE**

**Esquizofrenia**

## **Ingesta de medicamentos**

### **VARIABLES DEPENDIENTES**

**Lesión bucal:**

**Candidiasis,**

**Anomalía dentaria en número, forma y localización.**

**Pigmentaciones exógenas y endógenas.**

**Úlceras virales, traumáticas e inespecíficas.**

**Neoplasias e hiperplasias.**

**Diferentes tipos de lesiones linguales.**

**Enfermedad periodontal.**

### **VARIABLES DE ESTUDIO**

**Tipo de lesión se determinará el tipo y lugar de ubicación en la cavidad bucal.**

### **ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO**

**Ya que el presente estudio es descriptivo, la información se capturará en una matriz de datos de forma manual y posteriormente será vaciada en una base de datos excel 97 para windows 98 y se agrupará por edades y sexos para conocer los porcentajes, promedios y frecuencia de lesiones en la población estudiada.**

### **RECURSOS**

#### **HUMANOS**

**Un tesista**

**Un tutor**

**Dos asesores**

## **MATERIALES**

**20 1x4 básico.**

**20 Historias clínicas.**

**Cámara digital Sony mavica S-750 así como película a color de 35 mm ASA 200.**

**15 diskettes de 1.8 MB de doble densidad formateados.**

**Formol al 10 % amortiguado en frasco de recolección muestra.**

**Portaobjetos y sol de KOH, para el caso de diagnóstico de candidiasis.**

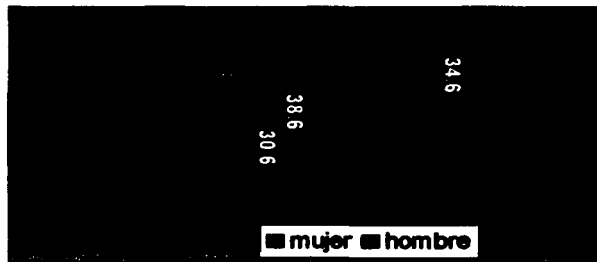
## **METODO DE REGISTRO**

**Para el procesamiento de los datos se utilizará el programa de Microsoft Excel 97 para Windows 98.**

## RESULTADOS

Para el presente estudio se revisó un total de 20 pacientes del servicio de estomatología del hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez dentro del turno especial en el consultorio 2, de los cuales 15 fueron del sexo masculino y 5 del femenino cuyo promedio de edad osciló entre 22 y 46 años de edad.

De acuerdo a sus registros clínicos, como lo muestra la gráfica 1, estos pacientes forman parte del grupo ambulatorio, diagnosticado con Esquizofrenia, 70 % (14 pacientes: 11 varones y 3 mujeres); trastorno mental orgánico 20 % (4 pacientes varones) y con otros trastornos asociados 10 % (2 pacientes, mujeres).



Gráfica 1. En ella se muestra la distribución por género del total de los pacientes. (fuente directa)

Del total de pacientes atendidos en el servicio odontológico, todos presentaron caries dental tanto a nivel coronario como radicular, e higiene dental deficiente (foto 1), prótesis mal ajustadas, atrición y bruxismo, realizándoseles tratamientos restaurativos con resina y amalgama.





Foto.1. Paciente masculino de 41 años donde podemos apreciar las condiciones bucales generales con que llegan a la consulta odontológica. Además se observan pigmentaciones por melanosis racial.  
Fuente directa.

**Un solo paciente de sexo femenino no presentó patología en sus tejidos blandos, en consecuencia, 15 hombres y 4 mujeres si presentaron lesiones, correspondiendo al 95% de la población estudiada.**

**La xerostomía fue una condición que se presentó en la totalidad de los pacientes debido a la inhibición parasimpática de las glándulas salivales por los medicamentos psiquiátricos utilizados.**

**Las patologías en los tejidos blandos frecuentemente encontradas fueron:**

**Candidiasis pseudomembranosa (foto 2) y atrófica, lengua escrotal asociada a la presencia de xerostomía (foto 3), úlceras traumáticas**

(fotos 4 y 5), melanosis racial (foto 6) y grados diversos de enfermedad periodontal (fotos 7 y 8), como se muestra en el tabla 1.

<b>Lesión bucal en tejido blando</b>	<b># Pacientes con lesión</b>	<b>%</b>	<b>Enfermedad psiquiátrica presente.</b>
<b>Candidiasis pseudomembranosa</b>	<b>2</b>	<b>10 %</b>	<b>Esquizofrenia</b>
<b>Candidiasis atrófica</b>	<b>1</b>	<b>5%</b>	<b>Esquizofrenia</b>
<b>Lengua fisurada (escrotal)</b>	<b>4</b>	<b>20%</b>	<b>Trastorno mental grave</b>
<b>Melanosis racial.</b>	<b>3</b>	<b>15%</b>	<b>Estado crónico</b>
<b>Úlceras traumáticas.</b>	<b>2</b>	<b>10%</b>	<b>Esquizofrenia</b>
<b>Herpes simple</b>	<b>1</b>	<b>5%</b>	<b>Estado crónico</b>
<b>Enfermedad periodontal</b>	<b>6</b>	<b>30%</b>	<b>Estado crónico y esquizofrenia</b>
<b>Sin lesión</b>	<b>1</b>	<b>5%</b>	<b>Esquizofrenia</b>

**Tabla 1 Resultados generales, por trastorno mental y lesiones encontradas en los tejidos blandos. Fuente directa.**

De lo anterior podemos deducir que los pacientes con Esquizofrenia tienen tendencia a presentar Candidiasis pseudomembranosa y úlceras traumáticas, mientras que los que padecen trastorno mental grave presentan lengua fisurada y los que están en fase crónica (es decir que han mantenido el tratamiento farmacológico por más de dos años) presentan xerostomía y enfermedad periodontal.

Los pacientes con lesiones de candidiasis clínica (foto 2) se les realizó la toma de muestra de la lesión y se extendió en un portaobjetos donde se aplicó hidróxido de potasio (KOH) para identificar mediante el microscopio de luz las pseudohifas. Posteriormente, se les dio

tratamiento con nistatina gel aplicado en tres ocasiones sobre la lengua o paladar (o región en donde estuviera la lesión) por 10 días y se tuvieron en observación durante 8 días más. La identificación del hongo *Cándida* se realizó dentro del servicio y se llevaron después al laboratorio del Hospital General Gea González.

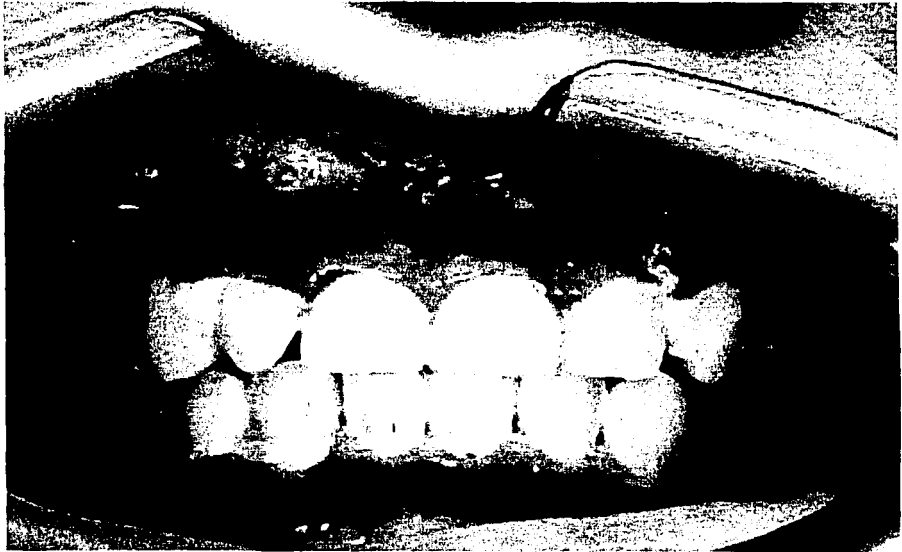


Fig 2. Paciente con lesión de candida pseudomembranosa. Fuente directa.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Foto 3. Paciente con lesiones por mordedura crónica en los bordes laterales de la lengua. Fuente directa.**



**Fig 4. Paciente que presenta una úlcera traumática en el labio inferior en proceso de cicatrización diagnosticado con esquizofrenia. Fuente directa.**

ESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Foto 5. Lesión ulcerativa por trauma conocido (debido a mordedura facticia) en cicatrización luego de 1 semana de evolución. Fuente directa.**



**Foto 6. Paciente con melanosis racial. (Fuente directa)**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Foto 7 .Paciente con lesión periodontal severa, localizada en la papila del 12 que de forma espontánea sangra y se asocia al consumo de sales de litio y haldol.**

**Fuente directa**



**Foto 8. Paciente con estado crónico esquizofreniforme con deterioro periodontal evidente y formación de cálculo dental con hiperpigmentación. Fuente directa.**

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

**Es de interés hacer notar la elevada incidencia de pacientes con tabaquismo (100%) lo cual puede explicar de alguna manera la presencia de lesiones leucoplásicas en la cavidad bucal ya que el tabaco y sus productos de combustión se consideran como factores predisponentes en la aparición de este tipo de lesiones.**

**La elevación de la temperatura que ocasiona la combustión del tabaco, produce entre otros resequedad de la mucosa bucal. Si esta la asociamos a la xerostomía, efecto secundario que produce la ingestión de algunos medicamentos, ambos pueden magnificar el riesgo de aparición de lesiones precancerosas.**

**Neoplasias malignas verdaderas no fueron detectadas.**

**Como procedimiento odontológico, a estos pacientes se les realizó tratamientos de operatoria, periodónticos y protésicos pero debido a la falta de cooperación o inestabilidad emocional, o recaída del propio paciente o por falta de interés de sus familiares, no se les pudo concluir el tratamiento odontológico.**

## DISCUSIÓN

**En apoyo a lo expresado por diversos autores<sup>(6,9,11,16)</sup>, nuestros resultados indican la existencia de una correlación entre xerostomía y el consumo de psicofármacos, manifestada en la presencia de candidiasis y enfermedad periodontal.**

**Por otro lado, algunos autores<sup>(2,6,11)</sup> asocian esta relación con la apatía presente en este tipo de pacientes y a la falta de apoyo y comprensión de sus familiares más cercanos hecho que fue corroborado en el presente estudio.**

**Debido a esto, las lesiones bucales se diagnostican tardíamente, requiriendo la mayoría de las veces de tratamientos complicados y costosos que en muchas ocasiones no garantizan recobrar la salud bucodental las cuales al avanzar dejan secuelas graves tanto anatómicas como funcionales y estéticas que incluso pueden llevar a la muerte como es el caso de las lesiones cancerosas.**

**La gran mayoría de las alteraciones en los tejidos bucodentales son debidas a irritación crónica por prótesis mal ajustadas, a fracturas dentarias, procedimientos operatorios inconclusos, mordisqueo de carrillos, rechinar dentario, maloclusiones severas o enfermedades sistémicas<sup>(17,18)</sup> que definitivamente pudieron ser prevenidas, lo que las convierte en un problema de salud pública.**

**La mayoría de las lesiones reactivas como la queratosis friccional, que son consecuencia de traumatismo constante sobre los tejidos blandos, no se observaron en la población estudiada a diferencia de la encontrada en población no psiquiátrica. Se ha demostrado que la queratinización como respuesta tisular ante traumas crónicos ocasionados por irritantes locales, hábitos y manifestaciones de**



neurosis es directamente proporcional a la edad, repercutiendo de esta manera en la incidencia y prevalencia de las lesiones<sup>(18)</sup>.

A nivel dentario, la caries dental y la enfermedad periodontal, patologías muy frecuentes en este tipo de población debidas a la falta de higiene, ocasionan pérdida temprana de los órganos dentarios que agudizan los problemas oclusales, digestivos y de desnutrición por pérdida de vitaminas y minerales esenciales indispensables para el fortalecimiento de las mucosas epiteliales y los cuales pueden asociarse por ejemplo a la presencia de lengua geográfica.

Aunque en el grupo de estudio no se detectaron neoplasias malignas, ya que los factores que pueden contribuir a su formación tales como, la irritación de los tejidos blandos como el fumar y los traumatismos que ocasionan ciertos hábitos, como la aparición de úlceras traumáticas continuas, incrementan la probabilidad de aparición de este tipo de patologías, esto no correspondió a ninguno de los pacientes explorados bucalmente.

## **CONCLUSIONES**

**Debido a que los padecimientos mentales son comunes de las diversas comunidades y que estos pacientes requieren de una atención odontológica especial, es necesario promover programas de educación, promoción y difusión de la salud que permitan conocer, comprender e interpretar correctamente que está ocurriendo en estos pacientes.**

**Las instituciones educativas odontológicas deberían incluir dentro de sus programas de estudios temas relacionados con el manejo de este tipo pacientes a fin de que el profesionista esté en posibilidad de brindarles una mejor atención, esto debido a que los pacientes cuando son dados de alta deben integrarse de forma funcional a la sociedad y podrían ser atendidos en la práctica privada.**

**El tratamiento que el cirujano dentista debe ofrecerle a este tipo de pacientes debe ser especializado debido en primer lugar, a su labilidad emocional, que en algún momento podría desencadenar una regresión de la enfermedad y segundo porque muchos de ellos a pesar de estar controlados farmacológicamente son demandantes, agresivos y hasta irritables a la menor provocación.**

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1. Andreasen. Síntomas, signos y diagnóstico de la esquizofrenia. The Lancet. (Edición en Español) Vol 28, Num 1 1996 pp 59-63.**
- 2. Cooper David. Esquizofrenia. Mundo Médico. Agosto 1975. p11**
- 3. Caso, Agustín. Tratamiento de la Esquizofrenia. El psiquiatra debe actuar como un Yo auxiliar. Mundo Médico Agosto 1975. pp 22-29**
- 4. Foster Green, Micheal, et alt. Does Risperidone Improve Verbal Working Memory in Treatment-Resistant Schizophrenia. Am J Psychiatry 1997; 154: 799-804.**
- 5. Fuentes Delgado Mario. Formas de la Esquizofrenia. Múltiples y diversos factores intervienen en su diagnóstico y tratamiento. Mundo Médico. Agosto 1975. p 12-19.**
- 6. Kane JM, McGlashanTH. Tratamiento de la esquizofrenia. The Lancet (Edición en Español) Vol 28, número 2 1996 pp 66-71.**
- 7. Lagomarsino, Alejandro. Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. Acta psiquiar psicol Am lat 1995 41(2) 141-147.**
- 8. Mc Guffin P. Owen MJ, Farmer A.E. Bases genéticas de la esquizofrenia. The Lancet (Edición en español) Vol. 28, Num. 1 1996. Pp 64 – 68.**
- 9. Pickar, David; Hsiao, John. Tratamiento de la esquizofrenia con clozapina. Debates de los National Institutes of Health.pp 67-70.**

- 10. Rodríguez de Molina Román, M; Coalvador Crulla, L. Foras Eroles, F. Sexualidad y esquizofrenia. Acta psiquiát psicol Am lat. 1994 40(3) 195-206.**
  
- 11. Asociación Psiquiátrica Americana. Guía Practica para el tratamiento de Pacientes con Esquizofrenia. Am J Psychiatry 154:4, April 1997 Supplement.**
  
- 12. Ayuso Gutiérrez, J.L.; Carulla, L.S.; Manual de Psiquiatría. Editorial Interamericana.**
  
- 13. Isselbacher, Braunwald, et al. Principios de Medicina Interna de Harrison. Edición 15ª. Editorial Interamericana..**
  
- 14. Ganong, W.F.; Fisiología Médica. Edición 14ª. Editorial Manual Moderno.**
  
- 15. Berne, R; Levy, M.; Fisiología. Rditorial Mosby. 1995.**
  
- 16. Fox, P.C.: Management of dry mouth. Dent Clin North Am; 1997;41:863-76**
  
- 17. Warren, J:J; Chalmers, J.M.; Levy, S.M.: Oral Health of persons with and without dementia attending a geriatric clinic. Spec Care Dent 1997;17:47-53**
  
- 18. Whittle, J.G.; Sarll D.W.; Grant A.A.; Worthington, H.V.: The dental health of the elderly mentally ill: a preliminary report. Br. Dent J; 1997;162:381-3.**
  
- 19. Jones, J.A.; Lavalée, N.; Alman, J.; Caries incidence in patients with dementia. Gerontology, 1999;10:76-82.**