



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES CON
TRASTORNOS PSICOLÓGICOS MÁS FRECUENTES
EN LA CONSULTA PRIVADA.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

LIZBETH MORALES PINEDA

TUTORA: Mtra. MARÍA PATRICIA DE LA ASUNCIÓN HENONÍN
PALACIO

MÉXICO, D.F.

2014



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 DIOS:

Por permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A MIS PADRES:

Roque, el cual siempre tuve el apoyo incondicional y por ayudarme siempre para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida, por los valores que me ha inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida.

Maria, por ser mi pilar más importante, siendo una madre ejemplar que me ha enseñado a no rendirme ante nada y saber guiarme con sus sabios consejos, por ayudarme a crecer, por estar conmigo en cada momento, gracias por la paciencia y el amor que me das, por tus cuidados en todos estos años, por los regalos bien merecidos y por estar pendiente en cada etapa de mi vida además de los grandes sacrificios que siempre has hecho por mí. Gracias por ser mi pañuelo en cada tristeza, mi consuelo y mi bandera en cada triunfo.

A MI HERMANO:

Misael, que con sus consejos me ha ayudado a afrontar los retos que se me han presentado, y demostrarme que siempre podré contar con él.

A MIS TIOS:

Jesús y María de los Angeles, por los sabios consejos que me dan y por ser siempre parte fundamental de mi familia.

Adela, por sus enseñanzas y paciencia ya que eso fue de gran importancia para que yo esté viviendo este momento.

Yolanda y Elia, porque son como mis segundas madres siempre mostrándome su apoyo incondicional.

A MIS PRIMOS:

Indira, Nilsen y Yoandey por tantas buenas risas y tan buenos momentos vividos junto a ustedes desde pequeñas.

Liset, Jorge, Eve y Germán: gracias por sus consejos, por su apoyo y su paciencia en momentos difíciles para mí y por ser parte importante en mi formación.

A MIS AMIGAS:

Adriana, Fabiola y Marisol, por su gran amistad hacia mí, que a través de los años ha perdurado, por brindarme buenos consejos, por tan buenos momentos vividos a lado de ustedes con tantos chicos y tan raros que yo les quise presentar, porque cada quién encuentre a su pareja ideal sin importar que tan raro sea y porque nuestra amistad perdure por siempre.



Claus, Jessi, Angie, Sandra, Carmen y Luz, por ser mis mejores amigas en la carrera, teniendo de ustedes su apoyo incondicional, por acompañarme a cada partido a echarme porras y porque jamás olvidemos todos los buenos momentos que pasamos juntas, que nos hacen únicas como “Angie´s”

Luz, Aurea y Diana que me brindaron su gran amistad que valoro, por ser parte de mi equipo de futbol cada año en el torneo interno, por los ánimos, las risas y los excelentes momentos compartidos.

Marisol, por permitirme conocerte en la clínica y hacer de eso una gran amistad, por esos días que dormíamos en clase, por tantísimas risas y apoyo, tan buenos antigrípalos y excelentes momentos.

Estrella, por ser mi gran amiga del servicio y por la gran amistad que nos une desde hace varios años, agradezco el gran apoyo incondicional que me brindas siempre.

Karen “Paipi”, Alma X., Jonathan y Marla, por los consejos, las risas, las pláticas y por estar siempre conmigo en momentos excelentes, buenos y no tan buenos además de mostrarme lo que son, unos excelentes amigos.

Mariana, porque eres una persona muy importante en mi vida, tuve siempre un gran apoyo en ti, eres una persona que con esa sonrisa que te caracteriza siempre me contagia y espero que esta amistad dure para toda mi vida, aunque hemos pasado demasiados altibajos, en ti he encontrado un gran ser humano, la persona por la cual encontré el amor al basquetbol, por la que encontré el gusto por The Beatles, por esos grandiosos días de ir acorrer al estadio, de jugar tenis y porque nunca nadie será de esa forma tan importante como lo eres tú. Esperando que si algo nos llega separar, el destino nos vuelva a juntar más adelante. Ojalá que coincidamos en otras vidas, ya no tan tercas, ya no tan jóvenes, ya no tan ciegas ni testarudas, ya sin razones, sino pasiones, ya sin orgullo ni pretensiones...A ti... Maky Chinos... GRACIAS.

10.5-1.13.15-14.15-13.5-1.2.1.14.4.15.14.5.19

A LA DOCTORA:

Patricia Henonín, por su apoyo y colaboración incondicional, por ser mi guía, por su paciencia y valioso tiempo que en estos meses me brindó y por ayudarme a hacer posible este trabajo.

A todos los doctores que me acompañaron a lo largo de mi formación.

*Por el Orgullo de ser Universitaria,
GRACIAS:
Universidad Nacional Autónoma de México.*



ÍNDICE.

Introducción.....	8
I. Propósito.....	12
II. Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
III. Antecedentes.....	13
IV. MARCO TEÓRICO.	
Salud mental.....	14
Discapacidad.....	14
Trastorno.....	15
Trastornos psicológicos.....	15
Trastornos psicóticos.....	16
V. DESCRIPCIÓN DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS.	
RETRASO MENTAL.....	18
Concepto.....	18
Etiología.....	19
Prevalencia.....	19
Manifestaciones bucales clínicas.....	19
Manejo odontológico.....	20



PARÁLISIS CEREBRAL.....	21
Concepto.....	21
Etiología.....	22
Prevalencia.....	22
Manifestaciones bucales clínicas.....	22
Manejo odontológico.....	25
AUTISMO O SÍNDROME DE KANNER.....	26
Concepto.....	26
Etiología.....	27
Prevalencia.....	28
Manifestaciones bucales clínicas.....	29
Manejo odontológico.....	29
DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.....	31
Concepto.....	31
Etiología.....	31
Prevalencia.....	31
Manifestaciones bucales clínicas.....	32
Manejo odontológico.....	32



TRASTORNO DE LA ANSIEDAD.....	35
Concepto.....	35
Etiología.....	36
Prevalencia.....	36
Manifestaciones bucales clínicas.....	37
Manejo odontológico.....	37
VI. DESCRIPCIÓN DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.	
EPILEPSIA.....	38
Concepto.....	38
Etiología.....	38
Prevalencia.....	39
Manifestaciones bucales clínicas.....	39
Manejo odontológico.....	39
ESQUIZOFRENIA.....	43
Concepto.....	43
Etiología.....	43
Prevalencia.....	44
Manifestaciones bucales clínicas.....	44
Manejo odontológico.....	45



VII. MÉTODOS DE ABORDAJE.....	46
VIII. CONCLUSIONES.....	51
IX. GLOSARIO.....	53
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54





INTRODUCCIÓN.

La Psicología y la Odontología son dos disciplinas aparentemente apartadas, pero con diversos puntos e intereses comunes, ya que el comportamiento de los individuos puede perjudicar la salud dental siendo un factor de riesgo importante; los conocimientos de la Psicología, como ciencia de la conducta, tienen una gran relevancia para los profesionales de la Odontología en el momento de abordar la prevención o tratamiento de las enfermedades dentales así como al afrontar problemas que para el Cirujano Dentista supone el manejo del paciente.

En México, un porcentaje de la población padece enfermedades psicológicas, de acuerdo a una Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica, siendo los hombres quienes presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres (30.4% y 27.1%, alguna vez en la vida, respectivamente), esto para el Cirujano Dentista, debe ser parte fundamental de su estudio ya que se pueden encontrar diversos factores que ayudarán a tener éxito en su educación e higiene bucal debido a que las enfermedades psicológicas en los pacientes producen una falta de interés, un descuido o un impedimento para su cuidado bucal, además de aumentar el índice de caries y otras enfermedades como gingivitis, periodontitis, maloclusión, desgastes dentales y presencia de focos de infección que inducen un daño al organismo.

A estos grupos de pacientes a los cuales por lo general se les presta menor atención, el Cirujano Dentista debe tener la capacidad de brindar un mejor cuidado siempre y cuando se tengan los conocimientos, la habilidad y la paciencia requerida en la educación odontológica.



El desconocimiento de estas enfermedades psicológicas provoca que el paciente este subdiagnosticado y por lo tanto mal manejado.

Las enfermedades psicológicas se deben ver con una particular relación con la práctica odontológica debido a tres razones elementales: en primer lugar debido a la alta incidencia y prevalencia que presentan este tipo de problemas en la población general, en segundo lugar el alto índice en predisposición de problemas bucodentales en estos enfermos y en tercer lugar se han observado ciertos obstáculos que pueden encontrar en cuanto al manejo clínico que presentan algunos de estos pacientes, principalmente los que presentan estadios avanzados o que están mal controlados.

Entre los problemas en el consultorio dental donde más podría intervenir la psicología serían; La relación odontólogo-paciente, la ansiedad del paciente ante los tratamientos dentales, la motivación de los pacientes, para comprometerse en que tengan un mejor cuidado preventivo, la conducta no cooperativa de los individuos, principalmente de los niños, la experiencia de dolor que asocian los pacientes a la consulta dental, entre otras.

En el entorno odontológico, se han encontrado muchas carencias asistenciales de los pacientes con discapacidad, porque quizá no ha merecido la atención debida por parte del Cirujano Dentista, sin duda también porque estos individuos pertenecen a familias con estratos económicamente menos favorecidos, donde los hábitos de salud están menos arraigados, con frecuencia dejan de ser practicados y donde los recursos posibles a destinar para corregir alteraciones en boca son más escasos.

Genéticamente, la enfermedad psiquiátrica no condiciona enfermedades bucales directamente, pero generalmente el individuo con este tipo de

trastornos abandona su higiene personal y bucal. También hay que considerar que algunos fármacos que se utilizan en estos pacientes pueden presentar efectos adversos en los tejidos bucales. Estas consideraciones son aplicables tanto en pacientes ambulatorios como también a internos en instituciones especializadas, ya que estos pacientes dependen de terceras personas para su cuidado e higiene personal.

Se debe tomar en cuenta que los pacientes especiales, en los cuales están incluidos los pacientes con deficiencias mentales o en ocasiones muy nerviosos deben recibir un tratamiento rápido y confortable.

En general, el impacto del miedo y la ansiedad sobre la salud dental de los pacientes, es uno de los principales problemas odontológicos de interés para la Psicología a la par que para la Odontología, teniendo en cuenta que el estado vigilante y aprehensivo del paciente en el consultorio dental puede producir un alto grado de activación fisiológica y psicológica totalmente argumentada por factores como el ruido del equipo, el olor característico de los materiales y la sangre, además la forma intimidante del instrumental, el dolor y molestias causadas, el tiempo de duración de la intervención, la posición de inmovilidad e indefensión del paciente, el aspecto físico del consultorio, las características y comportamientos del personal odontológico, etc., factores de los cuales el paciente es absolutamente consciente ya que está viendo, escuchando, oliendo y sintiendo todo cuanto sucede a su alrededor, el cual lo anterior se verá fuertemente afectado en pacientes con alteraciones sensoriales y emocionales, como lo es un trastorno psicológico.

En la práctica odontológica, se pueden presentar pacientes que debido a su condición psicológica, su abordaje sea complicado y la dependencia que tienen por su aseo bucal no sea el adecuado, por lo que el Cirujano Dentista debe tener en cuenta los diversos factores que pueden ser relevantes para



un manejo correcto y apropiado en su educación odontológica y poder obtener una mejor participación del paciente y de sus familiares cuando esto lo requiera, siempre en beneficio de su cuidado bucal.

Hay que tener en cuenta que la discapacidad es un problema de salud pública que afecta no solo al individuo que la padece sino también a su entorno familiar, en efecto, se calcula que por cada persona con discapacidad, al menos 4 individuos más se verán directamente implicados en el problema.



I. PROPÓSITO.

Mediante el manejo de la conducta y las estrategias adecuadas, el Cirujano Dentista podrá llevar a cabo medidas preventivas para la salud bucodental en el paciente con problemas psicológicos.

II. OBJETIVO GENERAL.

Proporcionar al Cirujano Dentista conocimientos generales sobre el manejo odontológico de pacientes con trastornos psicológicos más comunes en la consulta privada y poder planear estrategias de salud más apropiadas a cada caso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Establecer un adecuado canal de comunicación con el paciente.
- Obtener una mejor participación por medio de los familiares y/o cuidadores así como la del mismo paciente para el beneficio de su cuidado bucal.
- Proporcionar conocimientos de estas enfermedades, para saber elegir el tratamiento adecuado en relación a todos los factores que rodean e involucran la salud bucal del paciente.
- Establecer estrategias y técnicas de abordaje de acuerdo a su deficiencia.



III. ANTECEDENTES.

Desde la antigüedad se emprendió un estudio por las enfermedades psicológicas en el que en esta época se creía que era mágico religiosa. Galeno en el año de 130 – 200 D.C. describe que los trastornos psicológicos tienen un origen cerebral, y es hasta el siglo XX que se inician avances sobre la psicología y sus trastornos.^[1]

La psicología es la ciencia que trata de la conducta y de los procesos mentales de los individuos, explora conceptos como la atención, la motivación, la emoción, el funcionamiento del cerebro, la inteligencia, la personalidad, las relaciones personales, la consciencia y la inconsciencia.

Más del 10% de la población mundial presenta algún tipo de discapacidad física, psíquica o psicológica. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea que en América Latina entre 40 y 60 millones de personas presentan discapacidades, siendo estas más prevalente en el sexo masculino y en estratos sociales bajos. En cuanto al tipo de discapacidad, según los últimos censos, la de tipo física es la más frecuente.^[2]

En la actualidad, la psicología y la odontología comprenden un interés común ya que hay una íntima relación entre comportamientos como la ansiedad y la salud oral, esto como consecuencia se tendrá la aplicación de principios, técnicas y metodología de la psicología conductual en los problemas de la educación odontológica en el paciente. A esta participación multidisciplinaria se le ha denominado *Odontología Conductual*.^[3]

IV. MARCO TEÓRICO.

SALUD MENTAL.

En Diciembre del 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) describió a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, donde puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera así como de ser capaz de hacer una contribución a su comunidad. ^[4]

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

DISCAPACIDAD.

La OMS define la discapacidad como “un término genérico, que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación e interacción entre un individuo y su entorno.” ^[4]



Fuente: <http://www.starmedia.com/temas/discapacidad/>

TRASTORNO.

El CIE-10 (OMS) señala que el término trastorno se usa para implicar la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y la interferencia del funcionamiento personal y actividad del individuo. ^[4]



Fuente: <http://www.corbisimages.com/stock-photo/rights-managed/42-52114245/child-downs-syndrome?popup=1>

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS.

Los trastornos psicológicos son las alteraciones leves del estado mental, que afectan el desenvolvimiento normal del individuo en la sociedad. Se manifiestan como anomalías en el razonamiento o en el comportamiento, se dificulta el reconocimiento de la realidad y la adaptación a las condiciones de vida.

Debido a su naturaleza, se puede decir que integra elementos de origen biológico (genético, neurológico), ambiental (familiar, psicosocial), y psicológico (cognitivo, emocional). Estos factores influyen en la presentación de la enfermedad, su desarrollo evolutivo, el tratamiento y las posibilidades de rehabilitación. ^[5]



Existen numerosas categorías de trastornos psicológicos, con mayor o menor gravedad, dependiendo de la vida del sujeto y de la repercusión en el funcionamiento social. Aquí se pueden encontrar trastornos como: depresión, trastornos del sueño y trastornos de conducta. ^[6]

Los dos sistemas de clasificación de los trastornos psicológicos más utilizados y difundidos a nivel mundial son CIE-10 y DSM-V.

Los trastornos mentales que hoy en día se conocen, se encuentran recopilados en los manuales DSM-V-TR y CIE-10, apareciendo clasificados de modo descriptivo y categorial, para facilitar el diagnóstico, estudio e investigación de los diferentes profesionales de la salud mental. ^[7]

El DSM se traduce al castellano como; “el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (por sus siglas en inglés)”. Ha sido creado por la Asociación Americana de Psiquiatría y en su totalidad habla sobre los trastornos mentales. La numeración que se encuentra seguida de las siglas, se debe a que periódicamente se ha ido actualizando, ampliando y retirando trastornos según ha ido avanzando el conocimiento médico y científico. ^[7]

En cambio la CIE, Clasificación Internacional de Enfermedades ha sido escrita en Europa por la OMS. En este manual se recogen la totalidad de enfermedades existentes conocidas, y será el capítulo V el que trate sobre los trastornos mentales. Igualmente, la numeración que lleva, en seguida de las siglas, es el número de actualización del manual. ^[7]

TRASTORNOS PSICÓTICOS.

Los trastornos neuróticos o trastornos psicóticos afectan la capacidad para percibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo del sujeto sobre sí mismo, y su

relación con el entorno familiar y social cercano. Se definen generalmente por una combinación de cómo una persona se siente, actúa, piensa o percibe. [5]

Las psicosis abarcan manifestaciones asociadas a la enfermedad mental, aparición de alucinaciones, delirios, alteraciones afectivas graves conduciendo a que el inconsciente se torne consciente y tome posesión del control sobre el individuo. Aquí se pueden encontrar: las depresiones, los trastornos bipolares, que provocan desconexión con la realidad y bloqueos afectivos. Comúnmente son tratados con fármacos.

A continuación, se explicarán los trastornos psicológicos más comunes en la consulta privada como son; retraso mental, parálisis cerebral, autismo, déficit de atención y trastornos de ansiedad.

También se mencionarán algunos trastornos psiquiátricos como son: la epilepsia y la esquizofrenia



Fuente: <http://www.inpn.com.br/Materia/Noticias//919>

V. DESCRIPCIÓN DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS.

Dentro de los trastornos más frecuentes que se presentan en la consulta dental se encuentran:

RETRASO MENTAL.

Concepto.

Estado de inferioridad mental leve debido a un retraso en el desarrollo mental.

Se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior al promedio en los test de coeficiente intelectual, con incapacidad para satisfacer las exigencias planeadas para su edad como la comunicación, cuidado personal y relaciones interpersonales. [8]

Se determina evaluando la destreza y habilidad del niño comparándolo con los de su edad. Y todo este proceso debe suceder durante la etapa de la infancia o adolescencia, antes de los 18 años.



Fuente: http://www.edicionesmedicas.com.ar/Actualidad/Ultimas_noticias/Trastorno_del_desarrollo_intelectual



Clasificación:

- R. M. Leve: CI 50-55 pueden llegar a vivir de manera independiente, pasan desapercibidos.
- R. M. Moderado: CI 35-50 sujeto adiestrable, desarrolla comunicación. Adquiere autonomía en funciones básicas como aseo, comer solos y vestirse.
- R. M. Grave: CI 20-35 sujeto adiestrable en funciones básicas bajo supervisión.
- R. M. Profundo: CI <20 alteraciones de la motricidad, de la comunicación. Son totalmente dependientes.

Etiología.

Existe una gran dificultad para conocer su etiología exacta, pero puede deberse a diversos factores como:

- Prenatales: Por anomalías genéticas o accidentes intrauterinos.
- Perinatales: Hipoxia durante el parto, convulsiones intrauterinas o nacimiento prematuro.
- Postnatales: Varicela, malnutrición extrema o encefalitis.

Prevalencia.

El retraso mental afecta a 3 de cada 100 individuos.

Manifestaciones bucales clínicas.

Presentan mayor prevalencia de caries debido a la mala higiene y que el cepillado implica un acto que requiere de habilidad que estos pacientes no



son capaces de realizarla de forma apropiada, por lo que la mayoría de estos casos es asistido por sus familiares, esta higiene deficiente va a presentar un mayor índice de enfermedad periodontal.

Es frecuente que estas personas consuman dietas blandas y azucaradas lo que beneficia para presentar un riesgo alto de caries. Las malposiciones dentarias también son un factor que influye en relación a la retención de placa dentobacteriana y la carencia de autoclisis favorecerá a la permanencia de ésta.

Es común en estos pacientes, la presencia de hábitos como retener comida en los carrillos, regurgitada o no, que promoverá la presencia de ácidos en la boca, originando así la descalcificación dental.

Manejo odontológico.

Dependiendo de la severidad de retraso mental y de su nivel de colaboración del paciente, se puede de una manera u otra hacerse entender para poder trabajar con ellos en la consulta.

Se deberá establecer una adecuada vía de comunicación y elegir la mejor estrategia para poder así ganar su confianza y conseguir llevar a cabo el trabajo.

PARÁLISIS CEREBRAL.

Concepto.

Es una discapacidad acompañada de un conjunto de trastornos del desarrollo, del movimiento y de la postura que causan limitación de la actividad. Con frecuencia es acompañado de alteraciones cognitivas, de comunicación, percepción, de comportamiento y/o por ataques recurrentes.

[9]

Descripción

Los primeros síntomas aparecen antes de los primeros 3 años de edad, período durante el cual el niño tiene que ir desarrollando una serie de destrezas motoras, y no lo consigue.

Existe un desarrollo motor lento de:

- Tono muscular irregular
- Postura irregular

El médico debe realizar un examen de las capacidades motoras y reflejos del paciente, el diagnóstico no puede llevarse a cabo hasta que el niño cumpla los 6-12 meses.



Fuente: <http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/3461613/Paralisis-Cerebral-infantil.html>



Etiología.

Su etiología es debido a factores ambientales en etapas:

Prenatal: Factores físicos y factores maternos (edad).

Perinatal: Prematuridad y la ausencia de oxígeno que produce daños a nivel cerebral.

Postnatal: Meningitis, infecciones y traumatismos.

Prevalencia.

La parálisis cerebral afecta aproximadamente al 3% de la población.

Manifestaciones bucales clínicas.

No existe un problema odontológico típico de la parálisis cerebral, pero si hay manifestaciones a este nivel, que se va a encontrar frecuentemente.

- Retraso eruptivo que se da en dientes temporales y permanentes, con exactitud no se saben hasta la fecha, las causas pero se cree que está relacionado con el hecho de que la mayoría de estos sujetos no mastican alimentos sólidos. Además de desarrollar mordidas abiertas anteriores severas debido a la falta de masticación. ^[10]
- Caries el cual se encuentra más frecuentemente en pacientes con parálisis que en pacientes sanos, presentan más caries, más dientes extraídos, más tiempo de permanencia en boca de los dientes temporales, debido a:

- Falta de higiene oral adecuada.
- Autoclisis insuficiente o nula.
- Dietas cariogénicas y de consistencia banda y pegajosa.
- Malposiciones dentarias que favorecen el acumulo de comida.



Fuente: [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=\\$1814-487X20100002000058script=sci_arttext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=$1814-487X20100002000058script=sci_arttext)

- Traumatismos dentales en la región de los incisivos superiores tienen una alta prevalencia, esto debido a que presentan la motricidad alterada por lo que es más fácil caer sin apoyar las manos, además de las caídas debidas a las crisis epilépticas que padecen la mayoría. ^[11]



Fuente: [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=\\$1814-487X20100002000058script=sci_arttext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=$1814-487X20100002000058script=sci_arttext)



Los pacientes con parálisis cerebral presentan significativamente más los hábitos de empuje lingual y respiración bucal, también estos pacientes presentan una tasa de flujo salival en parámetros normales, más sin embargo la presencia de excesiva cantidad de saliva está relacionada con las alteraciones deglutorias. ^[12]

En periodonto encontramos una mayor prevalencia de:

- Gingivitis
- Pérdida de la inserción y pérdida ósea
- Hiperplasia gingival
- Gingivitis hiperplásica papilar

Todas estas patologías periodontales son favorecidas por la inadecuada higiene oral, las alteraciones de la deglución permiten el acumulo de saliva en el reservorio antero-inferior, que se ve favorecido por una gran acumulación de sarro, aparición de periodontitis, pérdida de inserción y ósea, promoviendo así mayor movilidad dentaria, y estos problemas se ven más afectados por hábitos como el bruxismo. Es común también encontrar hiperplasias gingivales en estos pacientes, debido a los fármacos utilizados para el tratamiento de la epilepsia y la mala higiene. ^[11]

Cabe mencionar que el desarrollo de la enfermedad periodontal se ve agravado en pacientes que son respiradores bucales o frecuentemente encontrar infecciones por candidiasis.

-Bruxismo, es una parafunción que se presenta con mayor frecuencia en pacientes con parálisis cerebral.



Manejo odontológico.

Son los pacientes más difíciles de tratar en el consultorio, ya que presentan muchas complicaciones que pueden obstaculizar nuestro de trabajo.

Principalmente problemas de postura, ya que estos pacientes manifiestan distintos tipos de deformidades que muchas veces se nos dificultará tratarlos en el sillón dental, por el cual el Cirujano Dentista debe apoyarse con el manejo de la postura del paciente en el sillón dental, procurando colocar su cabeza en una postura adecuada de 40° con respecto al tórax para evitar ahogos y el paciente podría ser lastimado.^[12]

Otros problemas que dificultarán el manejo odontológico son las alteraciones de respiración, en la que estos pacientes son respiradores bucales y se deberá ocupar ese espacio con instrumental, dique de hule y las manos, por lo que es recomendable permitirle al paciente que descansa para no aumentar su ansiedad.

Las alteraciones de deglución son también un aspecto importante en el manejo del paciente, debido a que no hay un control en el descenso de los alimentos a través de la faringe porque el riesgo es mayor de que se traguen las cosas, por lo que es recomendable utilizar dique de hule, además del uso de abre bocas.

Se deberá emplear materiales como la amalgama que tienen menor posibilidad de filtración y seleccionar tratamientos que permita el paciente y sus condiciones físicas y sistémicas y así tener la mejor atención posible. Además de establecer un tratamiento preventivo y un control de la dieta.

AUTISMO O SÍNDROME DE KANNER.

Concepto.

Es un síndrome que fue explicado por la psiquiatra estadounidense Leo Kanner y es definido como “déficit grave y alteraciones en diversas áreas del desarrollo que puede entenderse como la dificultad para la interacción social, la comunicación verbal y no verbal en la existencia de comportamientos y con una imaginación, actividades e intereses limitados además de patrones repetitivos de la conducta”.^[12] Aparecen en los primeros 3 años de la niñez prolongándose a lo largo de la vida y presentando distintos niveles de intensidad.

Presentan tendencias solitarias, por lo general buscan el aislamiento, mueven las manos y frotan superficies constantemente. Carecen de interactuar emocionalmente con otras personas.



Fuente: <http://holadoctor.com/es%C3%A1lbum-de-fotos/las-12-se%C3%B1ales-de-alerta-del-autismo>

Etiología.

Es de etiología multifactorial y esto da como resultado a la interacción de algunos factores ambientales sobre un cerebro muy susceptible. Dentro de estos factores ambientales se pueden encontrar:

- Interacciones con mercurio.
- Factores infecciosos como la rubéola congénita y encefalitis provocada por el virus del herpes simple.
- Factores obstétricos como la pérdida de sangre durante el primer trimestre del embarazo.
- Déficit de ácido fólico, ya que afecta la producción de neuronas.

Kanner define al autismo como la alteración de 3 áreas fundamentales:



Alteración de interacción social recíproca

Alteración cualitativa de la comunicación.

Actividades e intereses restrictivos, repetitivos y estereotipados. [13]



Prevalencia.

Según Kanner, el autismo tiene una prevalencia de entre 4-5 personas por cada 10.000 habitantes, se presenta con más frecuencia en hombres que en mujeres, en una proporción de 3:1 respectivamente. ^[13]

Se presenta en todas las razas, medios y niveles socioeconómicos. En la mitad de los casos su CI se encuentra por debajo de 50, sólo en el 20% se sitúa por encima del 70. ^[14]

Manifestaciones del autismo:

- Anomalías de la interacción social.
- Intereses y habla restringidos, estereotipados y repetitivos como: sacudir, mover o girar las manos y realizar movimientos complejos del cuerpo.
- Alteración de la comunicación.
- Si tiene un habla adecuada, la alteración será a la hora de iniciar o mantener una conversación.
- Talento excepcional. ^[13]

Son particularmente sensibles a ciertos ruidos y paradójicamente parecen no oír otros, incluso más intensos. En actitudes auto agresivas, parecen insensibles al dolor. Cualquier cambio en el entorno provoca crisis, gritos, alaridos, pataleos, es capaz con frecuencia para acordarse del lugar de los objetos y para detectar si falta uno. A menudo presenta comportamiento de exploración de todos los rincones en una habitación nueva. ^[14]



Manifestaciones bucales clínicas.

No existe una manifestación oral específica en estos pacientes, aunque presentan:

- Caries dental pero no con mayor prevalencia que en la población normal.
- Bruxismo.
- Maloclusiones.
- Problemas periodontales. ^[15]

Un paciente con autismo suele desarrollar mordidas abiertas anteriores severas debido a la falta de masticación.

Manejo odontológico.

El tratamiento más exitoso es el que se lleva a cabo con cada paciente en forma individualizada.

Para el Cirujano Dentista son los pacientes más complicados en cuanto al manejo de la conducta y siendo los principales objetivos; establecer un adecuado canal de comunicación, detectar su agente desencadenante de crisis, establecer una empatía con el paciente y familiarizarlo gradualmente, ya que estos pacientes no entienden el mundo porque no lo comprenden, además de que presentan una rígida adherencia a las rutinas. Conseguir su confianza, que colaboren con nosotros y evitar que aparezcan conductas de evasión.

Pueden presentar una baja sensibilidad al dolor, siendo más sensibles a los ruidos, el tacto u otros estímulos.



En este tipo de paciente, se procurará crear un ambiente libre de ruidos y de distracciones ya que su capacidad de prestar atención es muy limitada. Se utilizará métodos como la pedagogía visual empleando objetos reales y fotografías.

Siempre tendrá que ser atendido por las mismas personas y en el mismo lugar ya que cualquier cambio será percibido como una alteración en la rutina no programada y estos pacientes frecuentemente presentarán comportamientos repetitivos, para lo que se aconseja establecer visitas rutinarias para aumentar la confianza del paciente.

Los familiares o encargados de estos pacientes deberán estar muy alerta de la cavidad oral y de sus cuidados ya que pueden manifestarse problemas infecciosos de caries activa y como suelen no mostrar lo que sucede, un cambio habitual de actitud en ellos podría darnos la pauta para identificar este problema. Cabe mencionar que estos pacientes tienden a representar las realidades de forma fragmentaria, por lo que el Cirujano Dentista deberá poner énfasis en la educación para una higiene oral generalizada y que estos pacientes no se queden con la idea de que solo algunas zonas deben ser más higienizadas que otras, ya que tienen también una alteración para percibir en su totalidad lo que se les dice.

Es de vital importancia hacer siempre tratamientos preventivos poco complicados y agresivos que esperar a realizar tratamientos complejos, lo que resultaría más molesto para ellos y con mayor dificultad para el profesional.

DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

Concepto.

Es un cuadro asintomático con bastante diversidad desde el punto de vista clínico y pronóstico. Se caracteriza básicamente porque el paciente presenta atención lábil y dispersa, impulsividad e inquietud motriz para su edad. [5]



Fuente: <http://www.edrugs.eu/tdah>



Fuente: <http://www.corbisimages.com/stock-photo/rights-managed/42-52564739/boy-45-climbing-tree-in-autumn?popup=1>

Etiología.

Este trastorno es de causa poco clara, con probables factores genéticos y ambientales, además de ser más diagnosticado en niveles culturales y económicos medio altos.

Prevalencia.

Varios reportes hablan de entre un 3 a un 10% de la población infantil, siendo más frecuente de 5-7 veces en hermanos y de 8-11 veces en hermanos gemelos, en una proporción de 4 niños varones frente a 1 niña. Afectando con la misma frecuencia en todas las razas y culturas. [5]



Manifestaciones bucales clínicas.

Este tipo de alteraciones no viene acompañado de manifestaciones bucales particulares, sin embargo suelen tener un significativo mayor índice de dientes cariados, perdidos y obturados, que los niños sin esta condición. Esto debido a la pobre habilidad y motivación para realizar una buena higiene bucal. Este grupo de pacientes presentan un mayor riesgo a poseer caries dental, debido a que las conductas positivas de estos niños suelen ser premiados con golosinas por los padres.

Manejo odontológico.

El Cirujano Dentista debe tener una adecuada intervención en cuanto a la promoción de la salud que va dirigida a este grupo de pacientes y conjuntamente a los padres y/o cuidadores y sugerir medidas preventivas tales como: el cepillado dental con frecuencia y forma adecuada de hacerlo, suplemento con flúor y consejo dietético, que pueden ser efectivas para minimizar los efectos negativos en la cavidad bucal del paciente.

Dos de los factores más importantes en el manejo de estos pacientes son: la comprensión y la paciencia, el cual un manejo de la conducta eficaz implica un cambio de actitud que de técnica. Es importante mencionar que estos factores se pueden ver modificados negativamente por que el paciente hiperactivo tiende a;

- Estar en constante movimiento.
- Incapacidad de permanecer mucho tiempo sentado.
- Hablar en exceso.
- Estar en actividad constante.
- Contestar antes de que termine la pregunta.
- Ser incapaz de esperar su turno en las actividades.



- Interrumpir sin justificación a los demás.

En cuanto a los problemas que pueden manifestarse en pacientes con problemas de atención están:

- Dificultad para seguir instrucciones.
- Dificultad para escuchar.
- No prestan atención a los detalles.
- Con frecuencia parecen distraídos.

En algunas ocasiones se puede centrar su atención con dibujos y videojuegos, aunque la inquietud como agitar manos pies o piernas generalmente persiste. El Cirujano Dentista, debe lograr una armonía psicológica con las necesidades de cada niño en particular, mejorando la comunicación con el paciente. Además de estar familiarizado con las características comunes del niño que vaya en relación con su edad deberá poseer información adicional que le será de mucha ayuda como: conocer lo que más le agrada, lo que le disgusta y que actividades realiza en sus tiempos libres con cada paciente en particular. Es indispensable también determinar el tiempo suficiente para hablar con los padres y el paciente antes de iniciar la atención dental.

Algunos procedimientos han sido efectivos para establecer una adecuada relación odontólogo paciente y así reducir la ansiedad en el tratamiento:

- Dar un breve paseo por el consultorio antes de iniciar el tratamiento para que el paciente se familiarice y así reducir el temor a lo desconocido.
- Hablar lentamente y con términos sencillos y asegurándose de que las explicaciones sean entendidas por el paciente.
- Dar una instrucción a la vez y felicitar al paciente por una acción realizada exitosamente.

- Inicialmente tener sesiones cortas e ir gradualmente progresando en cuanto a los procedimientos más difíciles, ya que el paciente este más familiarizado.
- Citar a los pacientes en las primeras horas del día ya que se encuentran al igual que el Cirujano Dentista menos fatigados tanto física como mentalmente.

A estos niños con déficit de atención e hiperactividad en cuanto a la conducta se ven mejores resultados cuanta más atención se les presta, por lo que es recomendable ignorar las malas conductas y reforzar los comportamientos adecuados.



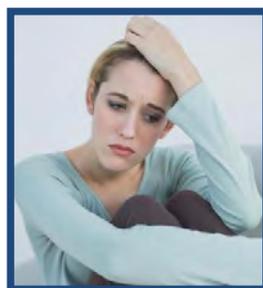
Fuente: http://www.odontoespacio.com/noticias_detalle.php?cod=148

TRASTORNO DE LA ANSIEDAD.

Concepto.

La ansiedad se puede concebir como una acción global del organismo ante situaciones percibidas como amenazantes, que incluye aspectos cognoscitivos, somáticos, emocionales y conductuales. Es importante saber diferenciar entre la ansiedad normal y la ansiedad considerada como un fenómeno patológico, distinguir entre la ansiedad generada por condiciones orgánicas y la producida por causas psiquiátricas y seleccionar las diversas alternativas terapéuticas para controlarla y eventualmente eliminarla. Hay que considerar que además de los tratamientos farmacológicos, la ansiedad puede manejarse con tratamientos de diversa índole que incluyen las psicoterapias conductuales. ^[15]

En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro. El sujeto se siente paralizado indefenso y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se la considera como un trastorno.



Fuente: <http://www.corbisimages.com/stock-photo/royalty-free/42-54981478/attractive-thoughtful-woman-sitting-on-couch?popup=1>



Etiología.

Como factores predisponentes de la ansiedad se encuentran la genética, factores biológicos y ambientales, además de acontecimientos repetitivos estresantes y los estilos de pensamiento de cada paciente. La ansiedad varía desde estados leves hasta estados de pánico.

Prevalencia.

Son padecimientos muy frecuentes en la población general, en los estudios de diversos países muestran que casi dos terceras partes de los individuos que los padecen no reciben tratamiento oportuno ni adecuado. Las mujeres presentan este tipo de trastorno en una relación de 4:1 en comparación con los hombres.

En el México, datos que obtuvo la Encuesta Nacional de Salud Mental se encontró que la prevalencia de los trastornos de la ansiedad en general es de 0.7%. También señaló que el 7% de la población entrevistada manifestó haber estado incapacitada para trabajar, ir a la escuela, o realizar sus actividades diarias a causa de este padecimiento. ^[16]

Características:

- Sensación alarmante como palpitaciones, aumento de latidos
- Sudoración
- Sensación de no poder respirar
- Sensación de no poder pasar un bocado
- Sensación de opresión o malestar en el pecho
- Inestabilidad
- Sensación de que las personas y cosas conocidas se han vuelto extrañas e irreales

- Miedo a perder el control
- Sensación de hormigueo (parestesia). [16]

Manifestaciones bucales clínicas.

Esta enfermedad no se acompaña por manifestaciones bucales particulares, pero bajo la condición de esta enfermedad los pacientes llegan a presentar bruxismo.



Fuente: <http://es.wikipedia.org/wiki/Bruxismo>

Manejo odontológico.

La asistencia a la consulta odontológica es una de las situaciones que más frecuentemente comprometen a alterar la ansiedad del paciente, y que se estima que casi un 90% de las personas presentan un cierto grado de ansiedad ante los tratamientos dentales, especialmente los de tipo quirúrgico. Por lo que se debe considerar el riesgo médico que suponen los cambios fisiológicos en un paciente que presenta una ansiedad alterada y por tanto un compromiso médico. [16]

La reducción del estrés y el manejo de la ansiedad pueden disminuir el bruxismo en las personas que son propensas a esta afección.

VI. DESCRIPCIÓN DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

EPILEPSIA.

Concepto.

Es una descarga neuronal anormal, espontánea y excesiva de un grupo de neuronas cerebrales, de iniciación súbita. Se caracteriza por una pérdida de la conciencia que puede durar desde unos pocos segundos, hasta medio minuto seguido por la recuperación de la conciencia. [8]



Fuente: <http://biojcosta.blogia.com/2014/022808-epilepsia.php>

Etiología.

No está muy clara la causa, sin embargo existen alteraciones muy asociadas como la disminución en el número de neuronas inhibitorias y las alteraciones en la transmisión sináptica, también puede presentarse como síntoma clínico de otros problemas orgánicos como lesiones cerebrales, traumatismos, secuelas de enfermedades, cuadros febriles o infecciones y anomalías metabólicas. [17]



Prevalencia.

Esta enfermedad afecta entre el 1 y 2% de la población general, aunque la mayoría de estos casos se manifiestan en la infancia, en la tercera edad o pacientes con alguna discapacidad.

Manifestaciones bucales clínicas.

El uso de anticonvulsivantes puede causar algunas alteraciones en cavidad oral, siendo la más conocida la hiperplasia gingival.

Sin embargo, Meráz, encontró otras alteraciones como por ejemplo: ^[18]

- Glositis migratoria benigna.
- Arrugas palatinas prominentes.
- Desmineralización e hipoplasia del esmalte.
- Caries.
- Maloclusión.
- Reabsorciones óseas y radiculares atípicas.
- Limitación de la apertura bucal.
- Labios resecos.
- Agrandamiento del conducto de Stenon. ^[18]

Manejo odontológico.

En la atención odontológica de pacientes epilépticos es importante tener en cuenta los aspectos generales y la existencia de posibles factores desencadenantes con el fin de planificar el tratamiento.

Dentro de estos factores encontramos:

- Supresión del tratamiento antiepiléptico.



- Ansiedad y estrés.
- Procesos infecciosos (febriles).
- Estados fisiológicos (ciclo menstrual).
- Privación del sueño.
- Hiperventilación.
- Luces intermitentes o ruidos

Muchos de los casos con pacientes epilépticos tienden a presentar un “aura” que son sensaciones personales que anuncian que una convulsión es inminente, por lo que es importante que el Cirujano Dentista conozca estas características de la crisis habitual de cada paciente mediante datos aportados en la historia clínica por el mismo paciente o acompañantes.

Para evitar una crisis durante el tratamiento odontológico se debe:

- Posponer la consulta si el paciente ha tenido crisis recientes o si la medicación ha sido suspendida.
- Citarlo en las primeras horas del día.
- Conseguir una adecuada analgesia ya que esto nos puede ocasionar ansiedad o estrés.
- Tomar en cuenta el posible uso de ansiolíticos indicados por una interconsulta con su médico tratante.

En la realización del examen bucal se debe tener en cuenta:

- Las lesiones provocadas por traumatismos o caídas en crisis epilépticas.
- Los efectos de la medicación en boca.
- Sus condiciones higiénicas orales.

Es de vital importancia tener en cuenta que en casos extremadamente necesarios se debe hacer uso de abre bocas, aislamiento absoluto, uso de portamatriz y otros instrumentos que nos sea complicado removerlos rápidamente en presencia de una crisis convulsiva.

La hipertrofia gingival es el signo y complicación más frecuente en los pacientes con problemas epilépticos, provocando alteraciones estéticas, interferencias en la oclusión, fonación, deglución, se pueden presentar gingivorragias y malposición dentaria.



Fuente: http://fci.uib.es/digitalAssets/178/178158_4.pdf

Para el Cirujano Dentista debe ser de gran importancia enfatizar en educar al paciente con una correcta higiene diaria, además del uso de colutorios con clorhexidina.

Dentro de las investigaciones más actuales se ha encontrado que en algunos pacientes con epilepsia, el cepillarse los dientes podría estimular ciertas áreas del cerebro y causar convulsiones, según informan investigadores australianos. "El acto rítmico de cepillarse los dientes podría estimular un área que ya es excesivamente excitable en el cerebro. Esto es similar a la



epilepsia fotosensible, en la que las convulsiones son desencadenadas por luces intermitentes y patrones en movimiento”. [19]

Se deberá tener muy en cuenta que en pacientes que convulsionan están contraindicadas las prótesis removibles ya sean parciales o totales.



Fuente: <http://www.efdeportes.com/efd75/nee.htm>

ESQUIZOFRENIA.

Concepto.

La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave. Sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y síntomas característicos. Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), conducta (desorganización), atención, concentración, motivación y juicio. No hay ningún síntoma que sea por sí solo patognomónico de la esquizofrenia. Estas características psicológicas y conductuales se asocian a diversos tipos de deterioro. No todos los síntomas descritos están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. ^[20]



Fuente: <http://www.corbisimages.com/stock-photo/rights-managed/42-16455211/man-afraid-of-his-shadow?popup=1>

Etiología.

El origen de este trastorno es el resultado de un conjunto de factores que predisponen en mayor o menor medida al paciente al desarrollo de la enfermedad, aunque las causas por las que la enfermedad se presenta o, por el contrario, no se manifiesta en determinados pacientes no es certero aún.



Los principales factores implicados en la aparición y desarrollo de esta enfermedad son:

- **Predisposición genética:** la presencia de la enfermedad en los padres o familiares cercanos.
- **Alteraciones durante el embarazo o nacimiento:** anoxia (falta de oxígeno en el feto durante el embarazo o el parto), infecciones víricas o traumatismos.
- **Alteraciones morfológicas, funcionales o bioquímicas en el cerebro:** en este apartado juega un papel fundamental el consumo habitual de sustancias tóxicas y la exposición a determinados tóxicos y estresantes.
- **Incumplimiento del tratamiento una vez diagnosticada la enfermedad:** La falta de tratamiento supone un alto riesgo de aparición de recaídas.^[21]

Prevalencia.

Se presenta por igual en hombres que en mujeres, generalmente comienza en los años de adolescencia o a principios de la adultez, pero puede empezar mucho después de ese tiempo. Tiende a empezar más tarde en las mujeres con un grado más leve. En los niños es poco común y puede ser difícil diferenciarla de otros problemas como el autismo.^[21]

Manifestaciones bucales clínicas.

No se encuentran manifestaciones bucales relevantes en este padecimiento, sin embargo:

Hernández Suastegui F, y Vivanco Cedeño, en un artículo publicado por la ADM en el año 2002 presentaron un estudio de enfermedades bucales manifestadas en tejidos blandos en los pacientes con esquizofrenia

presentando con mayor prevalencia, la gingivitis con xerostomía, las úlceras y el mordisqueo de carrillos, se encontró también una alta incidencia de restos radiculares que concuerdan con las maloclusiones de cada paciente. En los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia los padecimientos bucales se manifestaron con más frecuencia en el rango de edad de 28 a 49 años. [22]



Fuente: http://www.theanswer2oralcare.com/Article_xerostomia.html

Manejo odontológico.

En el caso de los pacientes esquizofrénicos es necesaria la valoración psiquiátrica previa a la consulta para determinar si se le puede tratar sin sedación. [23]

De la misma manera, si un paciente esquizofrénico no se encuentra bajo algún tratamiento médico controlado por el especialista, no se debe iniciar ningún tratamiento odontológico y es conveniente que un familiar permanezca junto al paciente durante el tratamiento. [17]

VII. MÉTODOS DE ABORDAJE.

Los métodos de abordaje son diversas estrategias que debe realizar el Cirujano Dentista con el fin de poder iniciar el tratamiento odontológico, específicamente cuando se refiere a técnicas de abordaje en personas con discapacidad, esto se relaciona a la selección de la técnica de acuerdo a la deficiencia que presente el paciente, por ejemplo si presenta trastornos en el comportamiento será necesario apoyarse por medio de distintas técnicas de manejo de la conducta que contribuyan a una estrecha relación de confianza entre el paciente y el odontólogo. ^[10]

Las técnicas de motivación y manejo de la conducta se aplicarán en todas las sesiones odontológicas. Como primera determinante, si no existiese una situación de urgencia odontológica, se debe respetar los “tiempos” de cada paciente al cual nos referimos y al reconocimiento del ambiente en el que serán atendidos. La técnica de mostrar, decir y hacer es de frecuente elección, sin importar la capacidad cognitiva. Otras técnicas no verbales que colaboran a una mayor conexión afectiva pueden ser muy efectivas.



Fuente: <http://www.clinicadentalviadufresne.com/>

Las técnicas de contención o restricción física son de elección cuando el paciente presenta alteraciones motoras asociada con movimientos involuntarios que requieran un control de los mismos. En tales casos se deberá motivar y preparar al individuo con el fin de evitar cualquier situación traumática. Luego de trabajar progresivamente con técnicas de motivaciones graduales y no logrando la cooperación para tratamientos que requieran intervención de mayor tiempo o complejidad se deberá acudir a la atención bajo sedación farmacológica, realizando la consulta previamente con el médico clínico pediatra ó neurólogo. ^[10]

Dentro de esta sedación encontramos la sedación consciente en el que el paciente se encuentra en un estado con un nivel de conciencia deprimido a un grado mínimo, más sin embargo conserva permeabilidad respiratoria, reflejos protectores y posee la capacidad de responder a estímulos físicos y verbales de manera adecuada.



Fuente: <http://www.farmacos.com/tag/farmacos>

Las indicaciones para la sedación consciente son:

- Pacientes niños o adultos ansiosos o con espasticidad severa que necesiten tratamientos quirúrgicos complicados.



- Pacientes niños o adultos con alteraciones conductuales que no permitan el abordaje convencional.

Dentro de los fármacos utilizados como tranquilizantes mayores se encuentran:

- TIORIDAZINA (MELERIL)
- HIDROXICINA (ATARAX)

Como tranquilizantes menores encontramos:

BENZODIACEPINAS (DIAZEPAM, FLUNITRAZEPAM Y MIDAZOLAM) ^[2]

Para determinar el uso de alguno de los fármacos el Cirujano Dentista debe tener en cuenta la evaluación preoperatoria del paciente y una ficha clínica completa, además de una interconsulta del médico tratante del paciente al cual se le solicitará su autorización para la utilidad del fármaco y su dosis. ^[2]

En los casos más severos donde no puede lograrse una mínima adaptación de la situación odontológica será necesario recurrir a la atención bajo anestesia general, con el compromiso de realizar los controles y el monitoreo del tratamiento realizado, esto generalmente se puede recurrir en problemas con parálisis cerebral y retraso mental, dependiendo del grado de severidad del problema. Teniendo en cuenta que las acciones anteriores de abordaje (motivación y sedación consciente) realizadas en los pacientes han fracasado.

La anestesia general es un estado controlado de inconsciencia, que lleva a la pérdida de reflejos protectores, en donde el paciente no va a responder a los estímulos físicos y verbales. ^[2]



Los pacientes bajo anestesia general pierden los reflejos protectores, presentan la necesidad de ventilación asistida, no responden a órdenes verbales o estimulación física, además de ser siempre asistido y realizado el tratamiento en centros hospitalarios.

Las indicaciones para realizar anestesia general son:

- Enfermedad odontológica severa en niños y adultos con trastornos motores.
- En niños de alto riesgo odontológico como el síndrome de biberón, asociado a retraso mental, niños autistas u otras psicosis.
- Enfermedad odontológica grave en niños y adultos con riesgo médico asociado al trastorno motor.

El Cirujano Dentista tendrá en cuenta la evaluación preoperatoria y una ficha clínica odontológica-médica completa además de la realización de una interconsulta con el médico tratante del paciente y una evaluación médico clínico previo en conjunto con una psicoprofilaxis. [24]

Otra opción como método de abordaje es la restricción física el cual un método manual, físico o mecánico aplicado al paciente para inmovilizarlo parcial o totalmente y permitir de esta manera la protección del paciente, del operador y su equipo. Este nunca debe aplicarse como castigo al paciente. Puede realizarse restricción de la cabeza, extremidades y del tronco; mediante dispositivos externos o con la ayuda del personal auxiliar. Es importante obtener el consentimiento informado para poder aplicar la restricción física. [24]



Fuente: http://www.odonto.unam.mx/index.php?IDpagina=diplo_index



Fuente: Directa



VIII. CONCLUSIONES.

Los trastornos psicológicos no condicionan enfermedades bucales directamente, es el paciente con este tipo de problemas que debido a una falta de cuidado e higiene bucal adecuados y correctos es responsable de que se presenten estas alteraciones.

En la consulta dental, el Cirujano Dentista debe conocer las características más generales de los pacientes con trastornos psicológicos, para poder así garantizar una atención dental correcta, tomando en cuenta estrategias y/o técnicas adecuadas e individualizadas para el acceso de cada uno de estos pacientes, la práctica y la inclusión de los métodos correctos de abordaje son necesarios para poder brindar tratamientos rápidos y confortables que deben ser adecuados a su condición y necesidades, mejorando así su calidad de vida.

De la misma forma, debe poseer los conocimientos necesarios al momento de atender a este tipo de pacientes que son sometidos a tratamientos farmacológicos, teniendo en cuenta las alteraciones que puede provocar estos en la cavidad oral del paciente y en ocasiones presentar efectos colaterales, además de otros hallazgos bucales que serían de gran importancia en la consulta dental.

Se deben proporcionar bases preventivas como técnicas de cepillado y medidas higiénicas tanto al paciente como sus (familiares y/o cuidadores) los cuales deben trabajar conjuntamente para su cuidado y motivación de su higiene bucal, por lo que se requiere involucrar a estas personas, tratando de manejar un lenguaje sencillo y claro para vigilar su condición bucal.



En pacientes que son poco cooperadores podemos utilizar métodos o técnicas de abordaje como son; la sedación consciente y la anestesia general, pero siempre realizando previamente una interconsulta con el médico tratante ya que el Cirujano Dentista no determina el uso o desuso de fármacos en estos pacientes, otra forma de abordaje sería la restricción física que consiste en la inmovilización del paciente pero permitiendo su mejor manejo, recordando siempre que para realizar este método de abordaje se debe tener todas las medidas y conocimientos necesarios así como obtener un consentimiento informado para un mejor entendimiento.



IX. GLOSARIO.

ANSIEDAD: Reacción global del organismo ante situaciones percibidas como amenazantes, que incluye aspectos cognoscitivos, emocionales y conductuales.

AUTISMO: Trastorno caracterizado por un déficit del desarrollo, permanente. Afecta la socialización, la comunicación, la imaginación, la planificación y la reciprocidad emocional, y evidencia conductas repetitivas o inusuales. Los síntomas, en general, son la incapacidad de interacción social, el aislamiento y comportamientos estereotipados (movimientos incontrolados de alguna extremidad, generalmente las manos).

DÉFICIT DE ATENCIÓN Y HIPERACTIVIDAD: Se trata de un trastorno del comportamiento caracterizado por distracción moderada a grave, períodos de atención breve, inquietud motora, inestabilidad emocional y conductas impulsivas.

EPILEPSIA: Trastorno nervioso generalmente crónico, de iniciación súbita, dura entre 1 a 3 minutos, por lo general de inconsciencia absoluta, en algunas ocasiones el paciente llega a presentar un aura que es un fenómeno subjetivo y señala la eminencia de un ataque epiléptico.

ESQUIZOFRENIA: Perturbación de la personalidad con interés dirigido hacia la vida interior que hacia el mundo externo, caracterizados por alteraciones en la percepción o la expresión de la realidad.

PARÁLISIS CEREBRAL: Deficiencia o pérdida completa de la función motora a causa de un trastorno nervioso o motor, causando una limitación de la actividad de la persona.

RETRASO MENTAL: Desarrollo mental lento o incompleto limitando comunicación, cuidado personal y habilidades sociales, es clasificado desde nivel leve, moderado, grave hasta el retraso mental profundo, esto en relación al funcionamiento intelectual general que es significativamente inferior al promedio en los test de coeficiente intelectual.



X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Shives, Rebraka (2007). *Enfermería psiquiátrica y de Salud Mental*. McGraw-Hill. Barcelona
- 2.- Morales. M. *Atención odontológica a pacientes especiales: Una realidad creciente*. Acta Odont. Venez. 2012; 50: 17-22
- 3.- Fernández, A. y Gil, J. *Odontología conductual*. Barcelona: Martínez Roca. 1994. p.p. 22, 23
- 4.- OMS. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental. 2006. p.p. 23 – 28
- 5.- Belloch, A., Sandín, B. *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill Interamericana. España. 1996. p.p. 173-180
- 6.- Florida, B. Guillermo. *Enciclopedia de la psicología*. Plaza & Janes. S. A. Barcelona 1978 p.p. 11-16
- 7.- <http://www.psicologiaalcarreña.com/index.php/%C2%BFqu%C3%A9-es-la-cie-10-y-el-dsm-iv.html>
- 8.- Howard, C. Warren *Diccionario de psicología*. Fondo de Cultura Económica. 1996 p.p. 28-46, 124-206, 283-287, 303
- 9.- Silvestre FJ, Plaza A. *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Universidad de Valencia PUV 2007.p. 15-32.



- 10.- Morales Chávez MC. *Patologías Bucodentales y Alteraciones asociadas prevalentes en una población de pacientes con Parálisis Cerebral Infantil*. Acta Odont. Venez. 2008; 46(1).
- 11.- Giménez Prat, MJ; López Jiménez, J; Boj Quesada, JR (2003): *Estudio Epidemiológico de la Caries en un Grupo de Niños con Parálisis Cerebral*. Med Oral; 8:45- 50
- 12.- Martínez, Adela; Matamoros, Miguel (2003): *Manejo Estomatológico del paciente con Parálisis Cerebral*. Revista Salud Pública y Nutrición México. Edición Especial N° 7
- 13.- Parquet, Ph.J. *Autismo: cuidados, educación y tratamiento*. Masson, S.A. 1992. p.p. 72- 79
- 14.- Régis, de Villard. *Psicosis y autismo del niño*. Masson. Barcelona-México 1986. p.p. 118-125
- 15.- <http://www.slideshare.net/juansramirez589/manejo-odontologico-de-pacientes-sordos-autistas-invidentes>
- 16.- Colegio Mexicano de Neuropsicofarmacología. A. C. *Lineamientos prácticos para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad*. México, 1999 p.p. 8-15, 19-23, 40
- 17.- J. Silvestre, Francisco. Plaza, Andrés. *Odontología en pacientes especiales*. Coordinación editorial: Maite Simón. 2007. Universidad de Valencia p.p. 287-291, 296-302.



- 18.- Meráz, H. *Alteraciones bucales encontradas en pacientes epilépticos que consumen fármacos del grupo fenitoína (difenil-hidantoína) (Dilantín, Epamin)*. Revista ADM. 1998; 1: 29-33
- 19.- J. García-Fidalgo, M. Arteché-Prior, A. Sánchez-Lozano, A. Goicoechea-Astencio, R. Andrade. *Epilepsia refleja por cepillado de dientes*. REV NEUROL 2006; 42 (7) 105-13.
- 20.- Maite San Emeterio, Marta Aymerich, Gustavo Faus, Imma Guillamón, Josep M^a Illa, Lluís Lalucat, Carles Martínez, Ignasi Sánchez, Mercè Teixidó. *Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia*. Versión breve para la aplicación en la práctica clínica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Octubre 2003.
- 21.- Eugéne, Minkowski. *La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*. Fondo de Cultura Económica. México 2000 125-139, 216-219
- 22.- <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2004/od046f.pdf>
- 23.- <http://www.elnuevodiario.com.ni/especiales/99322>
- 24.- Morales-Chavez MC. *Patologías Bucodentales y Alteraciones asociadas prevalentes en una población de pacientes con Parálisis Cerebral Infantil*. Acta Odont Venez. 2008; 46(1).