

73241

TD 455

MONOGRAFÍA
"ODONTOLOGÍA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS"

PRESENTADO POR
ELIZABETH ARANGO SIEMA Cód 881263
SONIA LOZANO GONZÁLEZ Cód 882085
MARÍA CRISTINA GUTIÉRREZ GIRALDO Cód 891028
LILIANA CASTILLO CUESTAS Cód 891048
JAIRO ORLANDO VARGAS GUEVARA Cód 892027

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SANTAFE DE BOGOTÁ, D.C. MAYO DE 1995

21-6-01-000

MONOGRAFÍA

"ODONTOLOGÍA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS"

PRESENTADO POR

ELIZABETH ARANGO SIEMA Cód 881263

SONIA LOZANO GONZÁLEZ Cód 882085

MARÍA CRISTINA GUTIÉRREZ GIRALDO Cód 891028

LILIANA CASTILLO CUESTAS Cód 891048

JAIR ORLANDO VARGAS GUEVARA Cód 892027

Trabajo presentado como requisito
parcial de grado para optar al
título de Odontólogo a
Dr. Jorge Arango Mejía
Dr. Carlos Castro

COLEGIO ODONTOLÓGICOS COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SANTAFE DE BOGOTÁ, D.C. MAYO DE 1995

; A NUESTROS PADRES!

Queremos demostrar la inmensa gratitud que sentimos por el apoyo incondicional que nos brindan. Esto nos permitió tener la suficiente seguridad, confianza y el valor para culminar con orgullo esta meta.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la valiosa colaboración brindada por:
Dr. Juan Ramón Cantillo Médico Psiquiatra;
Director del área en el Hospital San Blas de
Bogotá.

Al Dr. Camilo Mejía Autor del Libro Técnicas
Psiquiátricas para alivio del dolor en
Odontología.

Al Dr. Alvaro Mejía Galvis Autor del Libro
Oralidad y Odontología.

A la Dra Clara Castañeda Directora Odontológica
del Hospital Psiquiátrico Julio Manrique de
Sibaté.

Y por último a la Dra María Eugenia Gutiérrez;
Psicóloga Clínica. Quien nos dirigió y colaboró en
esta monografía a ellos nuestros más sinceros
agradecimientos.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a las directivas y cuerpo docente que forman esta institución, por habernos estructurado como Odontólogos y ante todo como profesionales en el Área de la Salud

Resaltamos especialmente la labor desinteresada de:

Dra. Esperanza Sandoval Jefe VIII Semestre

Dr. Javier Barragan Director Clínica del Adulto

Dr. Carlos Castro Jefe X Semestre.

Dra. Elba María Bermúdez Jefe de Área Salud Pública.

Dr. Mauricio Varela Jefe Área de Prostodoncia Fija.

Dr. Jairo Forero Fonseca.

Dr. Francisco Javier Cortes Coordinador Clínica adscrita del country

Dr. Mauricio Silva Docente X Semestre.

Dr. Ricardo Ardila quien en su corta estancia dentro de la universidad fue un aporte importante en nuestra formación como Odontólogo.

TABLA DE CONTENIDO

	pág
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	2
I. MARCO TEÓRICO	3
II. GENERALIDADES	6
2.1 CLASIFICACIÓN	6
2.1.1 DSM II Tabla 14-3. Nomenclatura diagnóstica de la América Psychiatric Association (DSM-II)	6
III. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA	20
3.1 CONCIENCIA	20
3.1.1 Apercepción	20
3.1.2 Sensorio	20
3.1.3 Trastornos de la conciencia	20
3.1.4 Trastornos de la atención	21
3.1.5 Trastornos en la sugestionabilidad	21
3.2 AFECTO	21
3.2.1 Trastornos del afecto	21
3.3 CONDUCTA MOTORA (CONACION)	23
3.3.1 Trastornos de la conación	23
3.4 PENSAMIENTO	25
3.4.1 Trastornos en la forma del pensamiento	25

	Pág
3.4.2 Trastornos en la estructura de las asociaciones	25
3.4.3 Trastornos en la rapidez de las asociaciones	26
3.4.4 Trastornos del tipo de asociaciones	27
3.4.5 Trastornos del contenido del pensamiento	25
3.4.5.1 Ilusión	27
3.4.5.2 Tendencia o preocupación del pensamiento	28
3.4.5.3 Hipocondría	28
3.4.5.4 Obsesión	28
3.4.5.5 Fobia	28
3.5 PERCEPCIÓN	29
3.5.1 Trastornos asociados con una enfermedad cerebral orgánica	29
3.5.2 Trastornos asociados con la histeria	29
3.5.3 Alucinaciones	29
3.5.4 Ilusiones	30
3.6 MEMORIA	30
3.6.1 Trastornos de la memoria	30
3.7 INTELIGENCIA	31
3.7.1 Retraso mental	31
3.7.2 Demencia	31
IV. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	32
4.1 TRASTORNOS EN LA APARIENCIA	34
4.2 PATRONES DE LAS RELACIONES HUMANAS	36
4.2.1 Familia	36
4.2.2 Neurosis	38

	Pág
4.2.3 Trastornos de personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos.	40
V. ENFERMEDADES MENTALES MAS COMUNES	44
5.1 NEUROSIS	44
5.1.1 Histeria	44
5.1.2 Fobias	44
5.1.3 Obsesión	
5.1.4 Compulsión	44
5.1.5 Depresión	45
5.1.6 Hipocondriacos	45
5.2 PSICOSIS	45
5.2.1 Esquizofrenia	45
5.2.2 Afectividad	45
5.2.3 Paranoia	46
5.3 SÍNDROMES CEREBRALES ORGÁNICOS	46
5.3.1 Definición	46
5.3.1.1 Psicóticos	46
5.3.1.2 No psicóticos	46
5.3.2 Rasgos clínicos	46
5.3.3 Clasificación	47
5.3.4 Manifestaciones clínicas	47
VI. DOLOR	48
6.1 DEFINICIÓN	48
6.2 DOLOR AGUDO EN CONTRAPOSICION A DOLOR CRÓNICO	48
6.3 EL TRATAMIENTO COMO REHABILITACIÓN	49
6.4 LA COLABORACIÓN CON EL PACIENTE	49
6.5 TRATAMIENTO ENTENDIDO COMO PROGRAMA	50
6.5.1 En primer lugar	50

	Pág	
6.5.2	En segundo lugar	50
6.5.3	Generalización	51
6.5.4	En conclusión el tratamiento	51
6.6	TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS DEL DOLOR CRÓNICO	51
6.6.1	Algunos de los trastornos más comunes tratados en las clínicas para el dolor crónico	52
6.6.1.1	Trastornos psiquiátricos	52
6.6.1.2	Trastornos musculoesqueléticos	52
6.6.1.3	Trastornos isquémicos	52
6.6.1.4	Trastornos neoplásicos	52
6.6.1.5	Trastornos neurológicos	53
6.6.1.6	Otros trastornos	53
6.6.2	Analgesia	53
6.6.3	Escalas del dolor	54
6.7	ESCALAS NUMÉRICAS	54
6.8	ESCALA ANALÓGICA VISUAL	55
6.9	ESCALA GRÁFICAS	55
6.9.1	Nivel del dolor clínico	56
6.9.2	Máxima tolerancia al dolor	56
6.9.3	Razón del dolor por torniquete	56
VII.	DIAGNOSTICO Y ODONTOLOGÍA: EXAMEN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO	57
7.1	INTRODUCCIÓN	57
7.2	RELACIÓN ODONTÓLOGO PACIENTE	58
7.3	ACTITUD DEL ODONTÓLOGO HACIA EL PACIENTE	59
7.4	REACCIÓN DEL PACIENTE HACIA EL ODONTÓLOGO	60
7.5	INTERRELACION	61
7.6	TÉCNICA	65

		Pág
7.7	TÉCNICAS DE INTERROGATORIO	69
7.8	GRABAR Y TOMAR NOTAS	70
7.9	ACTITUD DEL ODONTÓLOGO	72
7.10	CONSULTA INICIAL	73
7.11	INTERPRETACIÓN	75
7.12	TIPOS ESPECIALES DE CONSULTA	77
7.13	CONSULTA NO DIRECTIVA	77
7.14	INTERCONSULTAS	78
7.15	ENTREVISTA-STRESS	79
7.16	CONSULTA CON USO DE FÁRMACOS	80
7.17	CONSULTA CON USO DE LA HIPNOSIS	83
7.18	CONSULTA CON PACIENTES ANSIOSOS	83
7.19	CONSULTA CON PACIENTES QUE MUESTRAN SÍNTOMAS PSICOFISIOLÓGICO	84
7.20	ENTREVISTA CON PACIENTES DEPRIMIDOS	86
7.21	ENTREVISTA CON PACIENTES DELIRANTES	88
7.22	ENTREVISTA CON PACIENTES RETRAÍDOS	
VIII.	LA BOCA Y EL DESARROLLO PSICOLÓGICO	90
8.1	LA BOCA COMO ESPACIO INTERNO	100
8.2	EMPUJE CON LA TERNURA, PRESIÓN CON LOS DIENTES Y BRUXISMO	104
8.3	SEXUALIDAD ORAL Y SIMBOLISMO	108
8.4	ODONTÓLOGOS	109
8.5	EFFECTOS PSICOLÓGICOS DEL TRATAMIENTO	115
8.6	PSICOPATOLOGIA	118
8.6.1	Resistencias a los cuidados orales	118

	Pág
8.7	DIENTES FANTASMAS 120
8.8	DENTADURAS COMPLETAS 121
8.9	SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR 122
8.10	DOLOR ORAL 124
IX.	TRASTORNOS POR ESTRESS PSOTRAUMATICO DE UNA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA 126
9.1	INTRODUCCIÓN 126
9.2	CARACTERÍSTICAS 126
9.3	CAUSAS 127
9.4	NATURALEZA DEL STRESS 127
9.5	TIPOS DE STRESS GENERADORES 127
9.6	FACTORES ORGÁNICOS 127
9.7	RASGOS CLÍNICOS 128
9.7.1	Criterios para el diagnóstico del trastorno 128
9.8	RASGOS ASOCIADOS 129
9.9	COMPLICACIONES 130
9.10	DIAGNOSTICO 130
9.11	PACIENTE CON TRASTORNO POR ESTRESS POSTRAUMATICO 131
9.12	NEGATIVA EN EL ÁREA ODONTOLÓGICA 131
X.	FARMACOLOGIA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS 133
10.1	EFFECTOS ADVERSOS DE LOS FÁRMACOS 135
10.1.2	Efectos secundarios 136
XI.	REPORTE DE LA VISITA A LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS 138
	CONCLUSIONES 154
	GLOSARIO 156
	BIBLIOGRAFÍA 166

LISTA DE TABLAS

		Pág
TABLA Nº 1	PERSONALIDAD CICLOTÍMICA EN PARIENTES DE ENFERMOS MANIACODEPRESIVOS	141
TABLA Nº 2	PERSONALIDAD ESQUIZOIDE EN PARIENTES DE ESQUIZOFRÉNICOS	141
TABLA Nº 3	SEGUIMIENTO DURANTE 22-37 AÑOS DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD	142
TABLA Nº 4	PSICOSIS COMO CRITERIO AL DIAGNOSTICAR TRES TIPOS DE ESQUIZOFRENIA EN EL DSM-I Y DSM-II	142
TABLA Nº 5	CAUSAS POTENCIALMENTE TRATABLES DE LA DEMENCIA	143
TABLA Nº 6	BENZODIACEPINAS	144-145-146
TABLA Nº 7	AGENTES NO BARBITÚRICOS, SEDANTES NO BENZODIACEPÍNICOS HIPNÓTICOS Y ANTIANSIOSOS	147
TABLA Nº 8	BARBITÚRICO	148
TABLA Nº 9	COMBINACIONES DE FÁRMACOS UTILIZADAS EN PSIQUIATRÍA	149
TABLA Nº 10	CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS ANTIDEPRESIVOS	150

	Pág
TABLA Nº 11	USO DE FÁRMACO PSIQUIÁTRICO 150
TABLA Nº 12	INTERACCIONES FÁRMACO-FÁRMACO 151
TABLA Nº 13	FÁRMACO CONTRAINDICADOS CON EL USO DE FÁRMACOS PSIQUIÁTRICOS 152
TABLA Nº 14	CARACTERÍSTICAS DE LOS FÁRMACOS A CADA NIVEL DE CONTROL DE LA DRUG ENFORCEMENT ADMINISTRATION 153

INTRODUCCIÓN

Hemos elegido como tema de monografía de grado "ODONTOLOGÍA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS", por ser un área totalmente desconocido por el Odontólogo, tanto a lo concerniente a la patología como tal (neurosis, psicosis, síndromes cerebrales orgánicos, etc) como el manejo de este paciente en el consultorio.

Uno de los factores que influye en esta situación, es el descuido por parte de la mismas instituciones psiquiátricas para dar atención odontológica a estos pacientes. Tal es el caso que en la actualidad no existen estudios sobre este tema, ni entidades o instituciones que estén realizando investigaciones o estudios pilotos, incluidas aquí las mismas Facultades de Odontología.

Por tanto, lo que pretendemos además de proporcionar información sobre el manejo de este tipo de población, es crear conciencia para que incluyan dentro de los programas académicos una asignatura que proporcione los elementos para enfrentar este tipo de pacientes.

Así mismo, queremos dejar una inquietud a las entidades gubernamentales en el área de la salud, para creen programas de atención a éste tipo de poblaciones.

OBJETIVOS

1. Demostrar que un individuo ante un estímulo determinado, puede desencadenar una enfermedad psiquiátrica.
2. Dar un conocimiento al odontólogo de la Patología Psiquiátrica y su clasificación, así como de los fármacos que se pueden utilizar, lo que le permitirá manejar adecuadamente el tratamiento.
3. Modificar el pensamiento del Odontólogo con relación a los pacientes físicos o mentalmente impedidos, que se deben manejar a lo largo de la vida profesional.
4. Crear conciencia en los entes superiores del estado, de la necesidad de realizar programas de prevención y atención de pacientes psiquiátricos.
5. Conocer como percibe el mundo el paciente psiquiátrico, para poder manejarlo, adecuadamente en el consultorio.
6. Dar elementos al Odontólogo para realizar una buena historia clínica que oriente al Odontólogo en el manejo del paciente.

1. MARCO TEÓRICO

Nos incentivó a realizar este trabajo, el observar que nos sentimos ajenos a la presencia de una persona con trastornos mentales en nuestra consulta común.

Desafortunadamente para nosotros no se ha tenido nunca una formación que nos ayude a desenvolvernos en este campo, ya que en las mismas instituciones psiquiátricas no se preocupan por instalar un consultorio odontológico que cumpla por la menos con las mínimas condiciones para ofrecer un servicio. Para lograr una mejor comprensión de este tema realizamos un enfoque complejo en cuanto a psiquiatría se refiere, teniendo en cuenta las generalidades que nos ubican en un plano global del tema donde podremos analizar e informarnos de las actividades que, asumidas por los pacientes, van sesgándolos en una clasificación específica sea ella: Neuróticas, psicóticas; síndromes cerebrales orgánicos y trastornos de personalidad.

Una vez ubicado el paciente podemos empezar a analizar cual sería la terapia más acertada para su caso respectivo; ya que nosotros mostramos una diversidad de tratamiento; terapias, etc; que ayudaran a que el paciente se sienta cómodo. Al punto anterior podemos agregar una serie de

parámetros que se deben tener en cuenta para una atención básica para éste tipo de pacientes:

1. Psicoeducación por parte del Odontólogo

- a. Establecer una empatía con el paciente; es decir la capacidad de establecer que implica respuestas positiva por parte de él hacia el tratamiento.
- b. No realizar movimientos bruscos que le puedan causar alguna alteración puesto que con ellos se sienten agredidos y mutilados.
- c. No perderse de su rango visual para darles seguridad.
- d. Entablar una conversación que le inspire confianza hacia el Odontólogo.
- e. Establecer que significa un diente en su imaginario.
- f. Explicarle lo que se le va a realizar claramente y respetar el "No" en caso de no estar de acuerdo con el tratamiento.

2. Música: sirve como un instrumento de relajación para que se sientan más tranquilos.

3. Pintura clara: Para obtener una tranquilidad visual.

4. No colocar: ningún tipo de elemento que puedan utilizarlo para agredirnos.
5. No colocar cuadros que puedan utilizar como excusa de sobreexaltación.

Para complementar lo anterior, hicimos revisión sobre la farmacología más apropiada en este tipo de pacientes ya que no existe conocimiento, por parte de los Odontólogos, sobre este tema.

II. GENERALIDADES

2.1 CLASIFICACIÓN

2.1.1 DSM II Tabla 14-3. Nomenclatura diagnóstica de la América Psychiatric Association (DSM-II)

I. Retraso mental

310. Límite

311. Leve

312. Moderado

313. Grave

314. Profundo

315. Inespecífico

Con cada uno: Después de o asociado con:

.0 Infección

.1 Traumatismo o agente físico

.2 Trastornos del metabolismo, del crecimiento o de la nutrición.

.3 Enfermedad cerebral amplia (posnatal)

.4 Influencia prenatal

desconocida

.5 Anormalidad cromosómica

.6 Prematuridad

.7 Trastorno psiquiátrico importante

.8 Deprivación psicosocial (ambiental)

.9 Otras alteraciones

II. Síndromes cerebrales orgánicos (SCO)

A. Psicosis

Demencias seniles y preseniles

290.0 Demencia senil

291.1 Demencia

Presenil

Psicosis alcohólicas

291.0 Delirium tremens

291.1 Psicosis de Korsakoff

291.2 Otras

alucinosis alcohólicas.

291.3 Estado

paranoide

alcohólica

291.4 Intoxicación

alcohólica

aguda

291.5 Deterioro

alcohólico

291.6 Otras

psicosis alcohólicas

Psicosis asociadas

con una infección intracraneal

292.0 Parálisis

general

292.1 Sífilis del

sistema nervioso central (SNC)	294.3 Intoxicación por drogas o veneno (diferente del alcohol)	III Psicosis no atribuidas a las alteraciones físicas registradas previamente
292.2 Encefalitis epidémica	294.4 Parto	Esquizofrenia
292.3 Otras encefalitis inespecíficas	294.8 Otras alteraciones físicas inespecíficas	295.0 Simple
292.9 Otras infecciones intracraneales	B. SCD no psicóticos	295.1 Hebefrénica
Psicosis asociada con otras alteraciones cerebrales	309.0 Infección intracraneal	295.2 Catatónica
293.0 Arteriosclerosis cerebral	309.13† Alcohol† (la simple borrachera)	295.23† Tipo catatónico, excitado†
293.1 Otros trastornos cerebrovasculares	309.14† Otras intoxicaciones por droga, veneno o intoxicación sistémica†	295.24† Tipo catatónico, retraído†
293.2 Epilepsia	309.2 Traumatismo cerebral	295.3 Paranoide
293.3 Neoplasia intracraneal	309.3 Trastorno circulatorio	295.4 Episodio esquizofrénico agudo
293.4 Enfermedad degenerativa del SNC	309.4 Epilepsia	295.5 Latente
293.5 Traumatismo cerebral	309.5 Trastorno del metabolismo, del crecimiento o de la nutrición	295.6 Residual
293.9 Otras alteraciones cerebrales	309.6 Enfermedad cerebral senil o presenil	295.7 Esquizaafectiva
Psicosis asociada con otras alteraciones físicas	309.7 Neoplasia intracraneal	295.73† Esquizaafectiva, excitada†
294.0 Trastorno endocrino	309.8 Enfermedad degenerativa del SNC	295.74† Esquizaafectiva, deprimida†
294.1 Trastorno metabólico y nutritivo	309.9 Otras alteraciones físicas	295.8† Infantil†
294.2 Infección sistémica		295.90† Crónica indiferenciada†
		295.99† Otras esquizofrenias†
		Trastornos afectivos importantes
		296.0 Melancolia involutiva
		296.1 Enfermedad maniaco- depresiva, maniaca
		296.2 Enfermedad maniaco-

depresiva, deprimida
296.3 Enfermedad maniaco-
depresiva, circular,
maníaca

296.33† Maniaco-depresiva,
circular, maniaca†

296.34† Maniaco-depresiva,
circular, deprimida

296.8 Otros trastornos
afectivos importantes

Estados paranoides

297.0 Paranoia

297.1 Estado paranoide
involutivo

297.9 Otros estados
paranoides

Otras psicosis

298.0 Reacción psicótica
depresiva

VI. Neurosis

300.0 De ansiedad

300.1 Histérica

300.13† Histérica, de
conversión†

300.14† Histérica,
disociativa†

300.2 Fóbica

300.3 Obsesivo-compulsiva

300.4 Depresiva

300.5 Neurasténica

300.6 De despersonalización

300.7 Hipocondriaca

300.8 Otras neurosis

V. Trastornos de personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos

Trastornos de personalidad

301.0 Paranoide

301.1 Ciclotímico

301.2 Esquizoide

301.3 Explosivo

301.4 Obsesivo-compulsivo

301.5 Histérico

301.6 Asténico

301.7 Antisocial

301.81† Pasivo-agresivo†

301.82† Inadecuado†

301.89† Otros tipos
específicos†.

Desviación sexual

302.0 Trastornos en la
orientación sexual

302.1 Fetichismo

302.2 Paidofilia

302.3 Transvestismo

302.4 Exhibicionismo

302.5† Voyeurismo†

302.6† Sadismo†

302.7† Masoquismo†

302.8 Otras desviaciones

sexuales

Alcoholismo

303.0 El beber en exceso de
forma periódica

303.1 El beber en exceso
habitualmente

303.2 Adicción al alcohol

303.9 Otro alcoholismo

Dependencia de las drogas

304.0 Opio, alcaloides del
opio y sus derivados

304.1 Analgésicos
sintéticos con
efectos semejantes a
los de la morfina

304.2 Barbitúricos

304.3 Otros hipnóticos y
sedantes o
tranquilizantes

304.4 Cocaína

304.5 Cannabis sativa
(hachís, marihuana)

304.6 Otros
psicoestimulantes

304.7 Alucinógenos

304.8 Otras dependencias de
la droga

VI Trastornos psicofisiológicos

305.0 Piel

305.1 Musculosqueléticos	de la infancia	316.1# Desajuste social#
305.2 Respiratorios	307.2# Reacción adaptativa	316.2# Desajuste laboral#
305.3 Cardiovasculares	de la adolescencia#	316.3 Conducta disocial#
305.4 Hemáticos y	307.3# Reacción adaptativa	316.9# Otros desajustes
linfáticos	de la edad adulta#	sociales#
305.5 Gastrointestinales	307.4# Reacción adaptativa	
305.6 Genitourinarios	de la vejez#	Alteraciones inespecíficas
305.7 Endocrinos		317# Alteraciones
305.8 Organo de un sentido	IX. Trastornos de la	inespecíficas#
especial	conducta en la infancia y	
305.9 Otro tipo	la adolescencia	Ningún trastorno mental
	308.0# Reacción	318# Ningún trastorno
VII. Síntomas especiales	hipercinética#	mental#
306.0 Trastorno del habla	308.1# Reacción de	
306.1 Trastorno específico	retraining#	XI. Términos no
del aprendizaje	308.2# Reacción de ansiedad	diagnósticos para su
306.2 Tic	excesiva	utilización administrativa
306.3 Otros trastornos	308.3# Reacción de hida#	319.0# Diagnóstico
psicomotores	308.4# Reacción agrevisa no	diferido#
306.4 Trastornos del sueño	socializada#	319.1# Pensionista#
306.5 Trastorno de la	308.5# Reacción del grupo	319.2# Sólo experimento#
alimentación	delincente#	319.3# Otros#
306.6 Eneuresis	308.9# Otra reacción#	
306.7 Encopresis		
306.8 Cefalalgia	X. Alteraciones sin un	
306.9 Otro síntoma especial	trastorno psiquiátrico	
	manifiesto y alteraciones	
VIII Trastornos	inespecíficas	
situacionales pasajeros	Desadaptación social sin	
307.0# Reacción adaptativa	trastorno psiquiátrico	
de la primera	manifiesto	
infancia	316.0# Desajuste	
307.1# Reacción adaptativa	matrimonial#	

**TABLA 1. CLASIFICACIÓN DSM-III: Categoría
y códigos de los ejes I y II**

Todos los códigos y términos oficiales del DSM-III se encuentran incluidos en la ICD-9. Sin embargo, para diferenciar aquellas categorías del DSM-III que utilizan los mismos códigos que la ICD-9, se pone entre paréntesis los códigos no oficiales que pueden utilizarse cuando se necesite una mayor precisión. Las líneas indican la necesidad de introducir un subtipo de quinto dígito o bien otro término calificativo.

2. DSM-III

TRASTORNOS DE INICIO EN LA LACTANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA

Retraso mental

(Código en el quinto dígito: 1 = con otros síntomas conductuales [que requieren atención o tratamiento, y que

no forman parte de otro trastorno]; 0 = sin otros síntomas conductuales.)

317.0(x) Retraso mental leve_

318.0(x) Retraso mental
moderado-

318.1(x) Retraso mental grave-

318.2(x) Retraso mental
profundo-

319.0(x) Retraso mental sin
especificar.

Trastornos por déficit de atención

314.01 Con hiperactividad

314.00 Sin hiperactividad

314.80 De tipo residual

Trastornos de conducta

312.00 Infrasocializado,
agresivo

312.10 Infrasocializado, no
agresivo

312.23 Socializado, agresivo

312.21 Socializado, no agresivo

312.90 Atípico

Trastornos por ansiedad de la infancia o la adolescencia

309.21 Trastorno por angustia de separación

313.21 Trastorno por evitación en la infancia o la adolescencia

313.00 Trastorno por ansiedad excesiva

Otros trastornos de la lactancia, la niñez o la adolescencia

313.89 Trastorno reactivo de la vinculación en la lactancia

313.22 Trastorno esquizoide de la infancia o la adolescencia

313.23 Mutismo selectivo

313.81 Negativismo

313.82 Trastorno de identidad

Trastornos de la conducta alimenticia

307.10 Anorexia nerviosa

307.51 Bulimia

307.52 Pica

307.53 Trastorno por rumiación en la lactancia

307.50 Trastorno atípico de la conducta alimenticia

Trastornos por movimiento estereotipados

307.21 Trastorno por tics transitorios

307.22 Trastorno por tics motores crónicos

307.23 Trastorno de De la Tourette

307.20 Trastorno por tics atípicos

307.30 Trastorno por movimiento estereotipado atípico

Otros trastornos con manifestaciones físicas

307.00 Tartamudeo

307.60 Enuresis funcional

307.70 Encopresis funcional

307.46 Trastorno por sonambulismo

307.46 Trastorno por terreros durante el sueño (307.49)

Trastornos profundos del desarrollo

Código en el quinto dígito: 0 = todos los síndromes presentes; 1 = estado residual

299.0x Autismo infantil-

299.9x Trastorno profundo del desarrollo de inicio

infantil-
299.8x Atípico-

Trastornos específicos del desarrollo Nota: están codificados en el eje II

315.00 Trastorno del desarrollo en la lectura

315.10 Trastorno de desarrollo en el cálculo aritmético

315.31 Trastorno del desarrollo en el lenguaje

315.39 Trastorno del desarrollo en la articulación

315.50 Trastorno específico del desarrollo, mixto

315.90 Trastorno específico del desarrollo, atípico

TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

Sección 1. Trastornos mentales orgánicos cuya etiología o proceso fisiopatológico es descrito a continuación (procedente de la sección de trastornos mentales de la ICD-9)

Demencias de inicio senil y presenil

Demencia degenerativa primaria, de inicio senil:

290.30 Con delirio

290.20 Con ideas delirantes

290.21 Con depresión

290.00 No complicada

Código en el quinto dígito: 1 = con delirio; 2 = con alucinaciones; 3 = con depresión; 0 = sin complicaciones.

290.1x Demencia degenerativa primaria, de inicio presenil-

290.4x Demencia por infarto múltiple-

Inducidos o provocados por sustancias:

Alcohol

303.00 Intoxicación

291.40 Intoxicación idiosincrásica

291.80 Abstinencia

291.00 Delirio por abstinencia

291.30 Alucinosis

291.10 Trastorno amnésico

Código de gravedad de la demencia en el quinto dígito: 1 = leve; 2 = moderada; 3 = grave; 0 = sin especificar.

291.2 x Demencia asociada a alcoholismo,-

Barbitúricos, sedantes o hipnóticos de acción similar.

- 305.40 Intoxicación (327.00)
- 292.00 Abstinencia (327.01)
- 292.00 Delirio por abstinencia (327.02)
- 292.83 Trastorno amnésico (327.04)

Opiáceos

- 305.50 Intoxicación (327.10)
- 292.00 Abstinencia (327.11)

Cocaína

- 305.60 Intoxicación (327.20)

Anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar

- 305.70 Intoxicación (327.35)
- 292.81 Delirio (327.32)
- 292.11 Trastornos delirantes (327.35)
- 292.00 Abstinencia (327.31)

Feniciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar

- 305.90 Intoxicación (327.40)
- 292.90 Trastorno mental orgánico mixto (327.49)

Alucinógenos

- 305.30 Alucinosis (327.56)
- 292.11 Trastorno delirante (327.55)
- 292.84 Trastorno afectivo (327.57)

Cannabis

- 305.20 Intoxicación (327.60)
- 292.11 Trastorno delirante (327.65)

Tabaco

- 292.00 Abstinencia (327.71)

Cafeína

- 305.90 Intoxicación (327.80)

Otras sustancias no especificadas

- 305.90 Intoxicación (327.90)
- 292.00 Síndrome de abstinencia (327.91)
- 292.81 Delirio (327.92)
- 292.82 Demencia (327.93)
- 292.11 Trastorno delirante (327.95)
- 292.12 Alucinosis (327.96)
- 292.84 Trastorno afectivo (327.97)
- 292.89 Trastorno de la personalidad (327.98)
- 292.90 Trastorno mental

orgánico mixto o atípico
(327.99)

Sección 2. Síndromes cerebrales orgánicos cuya etiología o proceso fisiopatológico es anotado como diagnóstico adicional a partir de la sección de trastornos mentales de la ICD-9 o de etiología desconocida.

293.00 Delirio

294.10 Demencia

294.00 Síndrome amnésico

293.81 Síndrome delirante orgánico

293.82 Alucinosis orgánica

293.83 Síndrome afectivo orgánico

310.10 Síndrome orgánico de la personalidad

294.80 Síndrome orgánico cerebral mixto o atípico

TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

Código en el quinto dígito: 1 = continuo 2 = episódico; 3 = en remisión; 0 = son especificar.

305.0x Abuso de alcohol

303.9x Dependencia alcohólica (alcoholismo)-

305.4x Abuso de barbitúricos,

sedantes o hipnóticos de acción similar-

304.1x Dependencia de los barbitúricos, sedantes o hipnóticos de acción similar-

305.5x Abuso de opiáceos-

304.0x Dependencia de opiáceos-

305.6x Abuso de cocaína-

303.7x Abuso de anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar-

304.4x Dependencia de anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar-

305.9x Abuso de feniclicina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar (328.4x)-

305.3x Abuso de alucinógenos-

305.2x Abuso de Cannabis-

304.3x Dependencia de Cannabis

305.1x Dependencia del tabaco-

305.9x Abuso de otras sustancias mixtas o sin especificar-

304.6x Dependencia de otras sustancias específicas-

304.9 Dependencia de otras sustancias sin especificar-

304.7x Dependencia de la combinación de opiáceos con otras sustancias no

alcohólicas.-

304.8x Dependencia de la combinación de sustancias, excluyendo opiáceos y alcohol-

TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS

Código en el quinto dígito: 1= subcrónico; 2 = crónico; 3 = subcrónico con exacerbación aguda; 4 = crónico con exacerbación aguda; 5 = en remisión; 0 = sin especificar.

Esquizofrenia:

295.1x Desorganizada-

295.2x Catatónica-

295.3x Paranoide-

295.9x Indiferenciada-

295.6x Residual-

TRASTORNOS PARANOIDES

297.10 Paranoia

297.30 Trastorno paranoide compartid

298.30 Trastorno paranoide agudo

297.90 Trastorno paranoide atípico

TRASTORNOS PSICÓTICOS NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS

295.40 Trastorno esquizofreniforme

298.80 Psicosis reactiva breve

295.70 Trastorno equizoafectivo

289.90 Psicosis atípica

TRASTORNOS NEURÓTICOS

Se encuentran incluidos en los trastornos afectivos, por ansiedad, somatoformes, disociativos y psicosexuales. Para facilitar la identificación de las categorías diagnósticas que en el DSM-II están agrupadas en la clase de neurosis, a continuación de cada categoría correspondiente al DSM-III, se incluyen entre paréntesis los términos del DSM-II. Estos términos del DSM-II están incluidos en la ICD-9-CM y, por tanto, son aceptados como alternativos a los recomendados por el DSM-III

TRASTORNOS AFECTIVOS

Trastornos afectivos mayores

Código para el episodio maniaco en el quinto dígito: 6= en remisión; 4 = con síntomas psicóticos (puede usarse el 7 como quinto dígito no oficial de

la ICD-9-CM, para indicar que los síntomas psicóticos son incongruentes con el estado de ánimo); 2 = sin síntomas psicóticos; 0 = sin especificar. Código para el episodio maniaco en el quinto dígito: 6 = en remisión; 4 = con síntomas psicóticos (puede usarse el 7 como quinto dígito no oficial de la ICD-9, para indicar que los síntomas psicóticos son incongruentes con el estado de ánimo); 2 = sin síntomas psicóticos; 0 = sin especificar.

Trastornos bipolar

296.6x Mixto-

296.4x Maniaco-

296.5x Depresivo-

Depresión mayor

296.2x Episodio único-

296.3x Recurrente-

Otros trastornos afectivos específicos

301.13 Trastorno ciclotímico

300.40 Trastorno distímico (o neurosis depresiva)

Trastornos afectivos atípicos

296.70 Trastorno bipolar

atípico

296.82 Depresión atípica

TRASTORNOS POR ANSIEDAD

Trastornos fóbicos (o neurosis fóbica)

300.21 Agorafobia con crisis de angustia

300.22 Agorafobia sin crisis de angustia

300.23 Fobia social

300.29 Fobia simple

Estado de ansiedad (o neurosis de ansiedad)

300.01 Trastorno por angustia

300.02 Trastorno por ansiedad generalizada

300.30 Trastorno obsesivo-compulsivo (o neurosis obsesivo-compulsiva)

Trastorno por estrés postraumático

308.30 Agudo

309.81 Crónico o retrasado

300.00 Trastorno por ansiedad, atípico.

TRASTORNOS SOMATOFORMES

300.81 Trastorno por somatización

300.11 Trastorno de conversión

(o neurosis histérica tipo conversión)

307.80 Dolor psicógeno

300.70 Hipocondria (o neurosis hipocondriaca)

300.70 Trastorno somatoforme atípico

TRASTORNOS DISOCIATIVOS (O NEUROSIS HISTÉRICA DE TIPO DISOCIATIVO)

300.12 Amnesia psicógena

300.13 Fuga psicógena

300.14 Personalidad múltiple

300.60 Trastorno de depersonalización (o neurosis de despersonalización)

300.15 Trastorno disociativo atípico.

TRASTORNOS PSICOSEXUALES

Trastornos de la identidad sexual

Se indica la historia sexual en el quinto dígito del código de transexualismo: 1 = asexual; 2 = homosexual; 3 = heterosexual; 0 = sin especificar.

302.5x Transexualismo

302.60 Trastorno de la identidad sexual de la infancia

302.85 Trastorno de identidad

sexual atípico.

Parafilias

302.81 Fetichismo

302.30 Travestismo

303.10 Zoofilia

302.20 Pedofilia

302.40 Exhibicionismo

302.82 Voyeurismo

302.83 Masoquismo sexual

302.84 Sadismo sexual

302.89 Parafilias atípicas.

Disfunciones psicosexuales

302.71 Desen sexual inhibido

302.72 Excitación sexual inhibida

302.73 Orgasmo femenino inhibido

302.74 Orgasmo femenino inhibido

302.75 Eyaculación precoz

302.76 Dispareunia funcional

306.51 Vagismo funcional

302.79 Disfunción psicosexual atípica.

Otros trastornos psicosexuales

302.00 Homosexualidad egodistónica

302.90 Trastornos psicosexuales no clasificados

en otros apartados.

TRASTORNOS FICTICIOS

300.16 Trastorno ficticio con síntomas psicológicos

301.51 Trastorno ficticio crónico con síntomas somáticos.

300.19 Trastorno ficticio atípico con síntomas físicos

TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS

312.31 Juego patológico

312.32 Cleptomanía

312.33 Píromanía

312.34 Trastorno explosivo intermitente

312.35 Trastorno explosivo aislado

312.39 Trastorno del control de los impulsos atípicos

TRASTORNOS ADAPTATIVOS

309.00 Con estado de ánimo deprimido

309.24 Con estado de ánimo ansioso

309.28 Con síntomas emocionales mixtos

309.30 Con alteración de la conducta

309.40 Con alteración mixta de las emociones y de la conducta

309.23 Con inhibición laboral (o escolar)

309.83 Con retraimiento social

309.90 Con rasgos atípicos

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN AL ESTADO FÍSICO

Especificar el estado físico en el eje III.

316.00 Factores psicológicos que afectan al estado físico.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Nota: Están codificados en el eje II

301.00 Paranoide

301.20 Esquizoide

301.22 Esquizotípico

301.50 Histriónico

301.81 Narcisista

301.70 Antisocial

301.83 Límite

301.82 Por evitación

301.60 Dependiente

301.40 Compulsivo

301.84 Pasivo-agresivo

301-89 Trastornos de la personalidad atípicos, mixtos u otros.

**CODIFICACIÓN V DE FACTORES NO
ATRIBUIBLES A TRASTORNOS
MENTALES Y QUE MERECEN
ATENCIÓN O TRATAMIENTO**

V65.20 Simulación

V62.89 Capacidad intelectual
límite (V62.88)

V71.01 Conducta antisocial del
adulto

V71.02 Conducta antisocial en
la infancia o adolescencia.

V62.30 Problemas escolares (o
académicos)

V62.20 Problema laboral

V62.82 Duelo no complicado

V15.81 Incumplimiento de las
prescripciones médicas

V62.89 Problemas biográficos o
por otras circunstancias de la
vida

V61.10 Problemas conyugales

V 6 1 . 2 0 P r o b l e m a s
paternofiliales

V61.80 Otras circunstancias
familiares específicas

V62.81 Otros problemas
interpersonales.

el eje I

799.91 Diagnóstico o estado
aplazado en el eje I

V71.08 Ausencia de diagnóstico
en el eje II

799.92 Diagnóstico aplazado en
el eje II

CÓDIGOS ADICIONALES

300.90 Trastorno mental sin
especificar

V71.07 Ausencia de diagnóstico
o de alteraciones incluidas en



III. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA

3.1 CONCIENCIA

Estado de alerta.

3.1.1 **Apercepción:** Percepción modificada por las propias emocionales y los propios pensamientos.

3.1.2 **Sensorio:** Estado de funcionamiento de los sentidos especiales.

3.1.3 Trastornos de la conciencia:

- * **Confusión:** Trastorno en la orientación en el tiempo, espacial y personal
- * **Obnubilación de la conciencia:** Clarividencia incompleta con trastorno de la percepción y en las actitudes.
- * **Estupor:** Falta de reacción y de atención al ambiente.
- * **Delirium:** Reacción confusa, inquieta, desorientada, acompañada de temor y alucinaciones.
- * **Coma:** Grado profundo de inconsciencia
- * **Coma vigil:** Coma en el que los ojos permanecen abiertos

- * Estado de ensueño (Crepuscular): Conciencia perturbada por alucinaciones.

3.1.4 Trastornos de la atención: Cantidad de esfuerzo ejercido para centrarse en ciertas porciones de una experiencia.

- * Distracción: Incapacidad para concentrar la atención.
- * Inatención selectiva: bloqueo de las cosas que generan ansiedad.

3.1.5 Trastornos en la sugestionabilidad: Respuesta crítica y de sumisión a una idea o influencia.

- * Folie a deux (o folie a trois): Enfermedad emocional comunicada entre dos (o tres) personas.
- * Hipnosis: Modificaciones de la conciencia inducidas artificialmente.

3.2 AFECTO

Tono emocional que se mantiene

3.2.1 Trastornos del afecto:

- * Afecto inadecuado: Disarmonía del afecto y la ideación.
- * Afectos: Sensación aumentada de bienestar psicológico inapropiado a los acontecimientos aparentes.
 - Euforia: Sensación aumentada de bienestar psicológico inapropiado a los acontecimientos aparentes.

- **Júbilo:** Aire de confianza y alegría acompañado de actividad motora aumentada.
- **Exaltación:** Júbilo intenso con sentimientos de grandeza
- **Extasis:** Sensación de raptó intenso.

* **Afectos desagradables:**

- **Depresión:** Sentimiento de tristeza psicopatológico
- **Duelo a pena:** Tristeza adecuada a una pérdida real.

* **Otros afectos:**

- **Ansiedad:** Sentimiento de miedo debido a conflictos inconscientes
- **Miedo:** Ansiedad debida a un peligro real y conscientemente percibido
- **Agitación:** Ansiedad asociada con grave movimiento continuo
- **Tensión:** Con actividad psicológica y motora aumentada que es desagradable
- **Pánico:** Crisis de ansiedad aguda e intensa, acompañada de desorganización de la personalidad.
- **Ansiedad flotante:** Temor no ligado a ninguna idea, que se difunde.
- **Apatía:** Tono emocional embotado, acompañado de desapego o indiferencia
- **Ambivalencia:** Coexistencia de dos impulsos opuestos hacia la misma cosa en la misma persona y al mismo tiempo.
- **Despersonalización:** Sensación de irrealidad con respecto a un mismo y al propio ambiente.

- **Desrealización:** Distorsión de las relaciones especiales, de tal forma que el ambiente se vuelve desconocido
- **Agresión:** Acción violenta dirigida a un objetivo, que puede ser verbal o física, y que es la contrapartida motora de la contrapartida del afecto de rabia, cólera u hostilidad.
- **Cambios en el humor:** Oscilaciones entre períodos de euforia y depresión o ansiedad.

3.3 CONDUCTA MOTORA (CONACION)

Capacidad para iniciar una acción o una descarga motora que concierne a los esfuerzos básicos de un individuo, expresados a través de su conducta.

3.3.1 Trastornos de la conación:

- * **Ecolalia:** Repetición psicopatológica de una persona de las palabras de otra persona.
- * **Ecopraxia:** Imitación patológica de una persona de los movimientos de otra persona
- * **Cerea flexibilitas (Flexibilidad cerea):** Estado en el que el paciente mantiene la posición corporal en la que se le ha colocado.
- * **Catalepsia:** Estado de inconsciencia en la que se mantiene constantemente una posición inmóvil
- * **Automatismo por orden:** Ejecución automática de sugerencias
- * **Cataplexia:** Pérdida temporal del tono muscular y debilidad provocadas por diversos estados

emocionales.

- * **Estereotipia:** Repetición continua de actividades verbales o físicas.
- * **Negativismos:** Oposición frecuente a las sugerencias
- * **Manierismos:** Movimientos involuntarios estereotipados
- * **Verbigeración:** Repeticiones verbales absurdas
- * **Hiperactividad:**
 - **Hiperactividad (hipercinesia):** Actividad inquieta, agresiva y destructiva
 - **Tic:** Movimientos motores espasmódicos repetitivos
 - **Andar dormido (conambulismo):** Actividad motora durante el sueño
 - **Compulsión:** Impulso incontrolable a realizar un acto repetidamente
 - α) **Dipsomanía:** Compulsión a beber alcohol.
 - β) **Egomanía:** Preocupación patológica por uno mismo
 - γ) **Erotomanía:** Preocupación patológica por el sexo.
 - δ) **Cleptomanía:** Compulsión a robar
 - ε) **Megalomanía:** Sensación patológica de poder
 - ι) **Monomanía:** Preocupación por un sólo tema
 - η) **Ninfomanía:** Necesidad excesiva del coito en las mujeres
 - θ) **Satiriasis:** Necesidad excesiva del coito en el varón.
 - ι) **Tricotilomanía:** Compulsión a

arrancarse el cabello.

k) **Ritual:** Actividad automática de naturaleza compulsiva, de origen emocional

- * **Hipoactividad:** Actividad disminuida o retraso, como en el retraso psicomotor, retardo del funcionamiento físico y psicológico.
- * **Mímica:** Actividad de movimiento imitativo y simple en la infancia.

3.4 PENSAMIENTO

Flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigidos a un fin, iniciado por un problema o una tarea que conduzca a una conclusión orientada en la realidad; cuando tiene lugar una secuencia lógica, el pensamiento es normal.

3.4.1 Trastornos en la forma del pensamiento:

- * **Dereísmo:** Actividad mental que no concuerda con la lógica o la experiencia.
- * **Pensamiento autista:** Pensamiento que satisface deseos irrealizados, pero que no considera la realidad; utilizado, en cierta forma, como sinónimo de dereísmo.

3.4.2 Trastornos en la estructura de las asociaciones:

- * **Neologismo:** Palabras nuevas creadas por el paciente por razones psicológicas.
- * **Ensalada de palabras:** Mezcla incoherente de palabras y frases.
- * **Circunstancialidad:** Digresión de pensamientos

inadecuados en procesos ideacionales, pero eventualmente el paciente consigue ir desde un punto deseado al objetivo deseado.

- * **Tangenciabilidad:** Incapacidad para hacer asociaciones de pensamientos dirigidas a un fin; el paciente nunca consigue ir desde un punto deseado al objetivo deseado.
- * **Incoherencia:** Fluir conjunto de pensamientos sin una conexión lógica, que da como resultado la desorganización.
- * **Perseveración:** Repetición psicopatológica de la misma palabra o idea en respuesta a preguntas diferentes.
- * **Condensación:** Fusión de varios conceptos en uno solo.
- * **Respuesta irrevelante:** Respuesta que no está en armonía con la pregunta formulada.

3.4.3 Trastornos en la rapidez de las asociaciones:

- * **Fuga de ideas:** Verbalizaciones rápidas de tal forma que hay un paso de una idea a otra
- * **Asociaciones sonoras:** Palabras similares en el sonido, pero no en el significado que provocan nuevos pensamientos
- * **Bloqueo:** Interrupción del curso del pensamiento, de origen inconsciente.
- * **Fuerza de habla:** Dificultad para interrumpir el habla voluble.
- * **Volubilidad (logorrea):** Habla copiosa, coherente y lógica.

3.4.4 Trastornos del tipo de asociaciones:

- * **Afasia motora:** Trastorno del habla debido a un trastorno cerebral orgánico en el cual permanece la comprensión, pero se ha perdido la capacidad para hablar.
- * **Afasia sensorial:** Pérdida de la capacidad para comprender el significado de las palabras o el uso de objetos
- * **Afasia nominal:** Dificultad para encontrar el nombre correcto de un objeto.
- * **Afasia sintáctica:** Incapacidad para ordenar las palabras en una secuencia adecuada.

3.4.5 Trastornos del contenido del pensamiento:

3.4.5. 1 Ilusión: Convicción falsa, inconsistente con la inteligencia y el bagaje cultural del paciente, que no se puede corregir con razonamientos.

- a) **Delirio de grandeza:** Concepción exagerada de la importancia de uno.
- b) **Delirio de persecución:** Convicción falsa de ser perseguido; a menudo se encuentra en pacientes litigantes
- c) **Delirio de referencia:** Convicción falsa de que la conducta de los demás va referida a uno mismo; derivado de las ideas de referencia en las que el paciente cree erróneamente que los demás hablan de él.
- d) **Delirio autoacusatorio:** Sentimiento falso de remordimiento

- e) **Delirio de control:** Falsa sensación de estar controlado por los demás.
- f) **Delirio de infidelidad:** Falsa convicción, que deriva de los celos patológicos, de que el amante le es infiel.
- g) **Delirios paranoicos:** Susplicacia excesiva que lleva a delirios de persecución.

3.4.5.2 Tendencia o preocupación del pensamiento: Centrar el contenido del pensamiento en una idea en particular, acompañado de un fuerte tono afectivo.

3.4.5.3 Hipocondría: Preocupación excesiva por la propia salud, sin estar basada en una patología orgánica real.

3.4.5.4 Obsesión: Persistencia patológica de un pensamiento, una sensación o un impulso irresistibles que no puede eliminarse de la conciencia por medio de un esfuerzo lógico.

3.4.5.5 Fobia: Miedo exagerado e invariablemente patológico a algún tipo específico de estímulo o situación.

- a) **Acrofobia:** Temor a los lugares altos.
- b) **Aggorafobia:** Temor a los lugares abiertos.
- c) **Algofobia:** Temor al dolor.
- d) **Claustrofobia:** Temor a los lugares cerrados
- e) **Xenofobia:** Temor a los extranjeros
- f) **Zoofobia:** Temor a los animales.

3.5 PERCEPCIÓN

Conciencia de los objetos y de las relaciones que proceden de la estimulación de los órganos sensoriales periféricos.

3.5.1 Trastornos asociados con una enfermedad cerebral orgánica: Como la agnosia, es decir, una incapacidad para reconocer e interpretar el significado de las impresiones sensoriales.

3.5.2 Trastornos asociados con la histeria: Enfermedades caracterizadas por un conflicto emocional, la utilización del mecanismo de defensa de la conversión y el desarrollo de síntomas físicos que implican a los músculos voluntarios o a órganos sensoriales específicos.

- * **Anestesia histérica:** Pérdida de las modalidades sensoriales, que resulta de conflictos emocionales.
- * **Macropsia:** Estado en el que los objetos parecen mayores de lo que son.
- * **Micropsia:** Estado en el que los objetos se ven más pequeños de lo que son.

3.5.3 Alucinaciones: Falsas percepciones sensoriales que no están asociadas con estímulos externos reales.

- * **Alucionación hipnagógica:** Percepción sensorial falsa que ocurren en el período entre el dormirse y el estar despierto.
- * **Alucinación auditiva:** Falsa percepción auditiva

- * Alucinación visual: Falda percepción visual.
- * Alucinación olfativa: Percepciones de olores falsas.
- * Alucinación gustativa: Falsa percepción del sabor, por ejemplo, el sabor desagradable debido a una crisis anunciada.
- * Alucinación háptica táctil: Falsa percepción del tacto, como la sensación de gusanos bajo la piel.
- * Alucinación cinestésica: Falsa percepción de movimiento o sensación, como la de un miembro amputado (miembro fantasma).
- * Alucinación liliputiense: Percepción de los objetos como si tuvieran un tamaño menor.

3.5.4 Ilusiones: Falsas percepciones sensoriales de estímulos sensoriales externos reales.

3.6 MEMORIA

Función por la cual la información almacenada en el cerebro puede ser recordada conscientemente.

3.6.1 Trastornos de la memoria:

- * Amnesia: Incapacidad total o parcial para recordar experiencia pasadas
- * Paramnesia: Falsificación de la memoria por medio de la distorsión del recuerdo.
 - Fausse reconnaissance: Reconocer erróneamente
 - Falsificación retrospectiva: Memoria de un recuerdo verdadero al cual el paciente añade detalles falsos.

- **Confabulación:** Rellenar inconscientemente las lagunas de la memoria con experiencias imaginadas o irreales que el paciente se cree pero que no tienen ninguna base de hecho.
- **Deja entendu:** Ilusión de un reconocimiento visual en la que se considera erróneamente una situación nueva como una repetición de un recuerdo previo.
- **Jamais vu:** Falsa sensación de extrañeza en una situación real que uno ha vivido.
- * **Hipermnesia:** Grado exagerado de retención y recuerdo.

3.7 INTELIGENCIA

Capacidad para comprender, recordar, movilizar e integrar de forma constructiva el aprendizaje anterior al enfrentarse con nuevas situaciones.

3.7.1 Retraso mental: Falta de inteligencia, por causa orgánica, hasta el grado de interferir en el rendimiento social y vocacional: leve (CI de 50 a 70); moderado (CI de 35 a 49); grave (CI de 20 a 34) o profundo (CI por debajo de 20); son términos que van cayendo en desuso el de idiota (edad mental de menos de 3 años), el de imbécil (edad mental de 3 a 7 años) y el de tonto (edad mental de 8 años o más).

3.7.2 Demencia: Pérdida orgánica del funcionamiento mental

IV. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

La personalidad se refiere a la suma total de pensamientos, sentimientos y acciones que una persona utiliza habitualmente en sus continuas adaptaciones en la vida. La personalidad es esencialmente sinónima del carácter. Son patrones de conducta que se graban fuertemente y con claramente reconocibles en la adolescencia o a veces antes. El elemento de continuidad es, quizás, el elemento más característico de la personalidad, en contraste con la naturaleza episódica o discontinua de la mayoría de categorías diagnósticas.

Aunque el desarrollo de la personalidad entraña cierta pérdida de libertad de pensamiento y de acción, también protege contra los traumas y la formación evidente de síntomas. Esta función protectora de la personalidad ha suscitado el término «coraza del carácter».

Las rigideces estructurales de la personalidad pueden anular una psicopatología profundamente establecida. Por ejemplo, un paciente con una personalidad esquizoide puede funcionar de forma satisfactoria en la vida civil en tanto se le permita trabajar en el turno de noche en la oficina de correos y llevar una vida de ermitaño

durante el día. Si se le recluta en las fuerzas armadas, Con su forma de vivir en grupo esquizofrénico agudo. A su vez, una mujer con un trastorno de personalidad pasivo-dependiente puede vivir durante décadas en una simbiosis satisfactoria con la figura paterna de un marido, fuerte y controladora, y colapsarse después en una psicosis depresiva en ocasión de la muerte de aquél.

Thomas y Chess (1969) han delineado las siguientes categorías de temperamento que son identificables en la primera infancia y que influyen en el desarrollo de la personalidad: grado de actividad (proporciones de los períodos activos e inactivos a lo largo del día); ritmicidad (predicción de las funciones como el hambre, el patrón alimentario, la eliminación y el ciclo de sueño-vigilia); el acercamiento o el retraimiento nuevos); la adaptabilidad (la rapidez y la velocidad con que se modifica el comportamiento en respuesta al ambiente alterado); la intensidad de la creación (grado de energía); el umbral de respuesta (a los estímulos sensoriales, al ambiente y a las relaciones humanas); la calidad del humor (agradable y sociable y desagradable y poco sociable); la distracción y la capacidad de atención y la persistencia. La clasificación estándar la American Psychiatric Association de los trastornos mentales registra cierto número de patrones de personalidad identificables: paranoide, ciclotímico, esquizoide, explosivo, obsesivo-compulsivo, histérico, asténico,

antisocial, pasivo-agresivo e inadecuado.

Aunque se ha subrayado mucho la naturaleza duradera de los rasgos de la personalidad en cada estadio de la vida la persona tiende a seleccionar un ambiente que refuerce sus patrones básicos (compulsión a la repetición). Así, gran parte de lo que perdura en los primeros patrones de comportamiento aprendidos, probablemente, está más relacionado con su mantenimiento por medio del reforzamiento continuo del ambiente que por medio de cualquier durabilidad especial del primer sistema aprendido. Los enfoques aparentemente superficiales de la terapia del comportamiento y la manipulación ambiental pueden producir cambios profundos e insospechados en la personalidad, y la terapia de comprensión orientada psicoanalíticamente puede depender, en última instancia, del cambio ambiental con el fin de completar el proceso crucial de trabajo.

4.1 TRASTORNOS EN LA APARIENCIA

Una persona excesivamente pesada puede sugerir un trastorno obsesivo-compulsivo. El deterioro de un nivel previamente normal de limpieza puede ser un primer signo de depresión o esquizofrenia. Cuando una paciente intenta provocar un deseo sexual por medio de su forma de vestir y sus maneras seductivas, un elemento en el diagnóstico clínico puede ser un trastorno de carácter histérico. Los homosexuales masculinos se caracterizan por sus vestuarios exhibicionistas. Una mujer sexualmente

temerosa puede escoger deliberadamente un vestido neutro o monótono para destruir el interés de los compañeros sexuales en potencia. Un apego regresivo por la infancia se puede expresar en patrones infantiles en el vestir.

Puede haber implicado un rechazo de la identidad sexual normal en las chicas adolescentes que ostentan cortes de pelo y tejanos de chico, y en los chicos adolescentes que ostentan estilos femeninos o infantiles en el pelo. El olor corporal repulsivo debido a la falta de limpieza se denomina maniobra del zorrillo, calculada para mantener a un mundo amenazador a cierta distancia. Los pacientes paranoides sin ser espiados ellos a su vez. Los modelos de vestimenta excéntrica, incluso las barbas desaliñadas y los pantalones excesivamente ajustados pueden convertirse en un distintivo de rebelión o de conformidad para los miembros de los grupos de adolescentes.

A veces, los transvestistas realizan fantasías complicadas que implican un deseo de recuperar la figura parental perdida. Los pacientes esquizofrénicos pueden revelar primero el delirio del cambio corporal lamentándose de que un sombrero o unas gafas ya no les van bien. Los automóviles potentes y otras posesiones pueden ser prótesis del Yo y pueden servir para compensar los sentimientos de inferioridad.

4.2 PATRONES DE LAS RELACIONES HUMANAS

Después de enumerar detalladamente las manifestaciones clínicas de los trastornos psiquiátricos, queda un hecho fundamental: que la salud o la enfermedad mental de una persona dada no se mide por sus síntomas, sino por la calidad de sus relaciones humanas. Para evaluar estas relaciones, se pueden explorar sistemáticamente cuatro áreas separadas: familia, trabajo, ocio y comunidad.

4.2.1 Familia: Una familia estable media en favor de sus miembros en relación con el ambiente extrafamiliar, proporcionando alimento, protección y una fuente inagotable de autoestima nunca psicóticos anteriormente. Estos pacientes fueron clasificados en la categoría de reacción esquizofrénica, tipo crónico indiferenciado, en el DSM-I

El tipo residual de la esquizofrenia está definido de la misma forma, tanto en el DSM-I como en el DSM-II; se utiliza para los pacientes que han tenido un episodio esquizofrénico psicótico, pero que ya no son psicóticos. Las distinciones entre el tipo de esquizofrenia indiferenciada crónica, tanto en el DSM-I como en el DSM-II, y los tipos residual y latente del DSM-II que pueden confundir, dependen de si el paciente es psicótico en el momento del diagnóstico y de si ha sido psicótico alguna vez anteriormente.

El DSM-II declara que el inicio del trastorno del estado de ánimo observado en los trastornos afectivos principales no parece estar relacionado directamente con las experiencias de la vida que lo hayan precipitado y por eso no se puede distinguir de la reacción depresiva psicótica y la neurosis depresiva. Así pues, el término trastornos afectivos importantes den el DSM-II comunica un significado no reactivo y más restrictivo que reacciones afectivas, la categoría correspondiente en el DSM-I, que no tiene connotaciones acerca de la forma del inicio.

En un ligero cambio en la definición de reacción psicótica depresiva se puede observar mayor énfasis en el DSM-II acerca de la presencia o la ausencia de una experiencia que precipitase el único de los trastornos afectivos. El DSM-I describía este trastorno como se incluye «la presencia frecuente de factores ambientales precipitadores» (*cursiva añadida*); el DSM-I dice claramente que el estado de ánimo depresivo en este trastorno «es... atribuible a alguna experiencia» (*cursiva añadida*).

Las dos nuevas subcategorías de la enfermedad maniocodepresiva, tipo circular, aparecen en el DSM-II para indicar la naturaleza del episodio actual: enfermedad maniocodepresiva tipo circular, maniaca y enfermedad maniaco-depresiva, tipo circular, depresiva.

El diagnóstico de reacción psicótica involutiva

encontrada en el DSM-I ha sido dividido en melancolía involutiva y estado paranoide involutivo en el DSM-II. El segundo es la variedad paranoide del viejo diagnóstico y por esto, incluido en los estados paranoides en el DSM-II. La melancolía involutiva es la variedad depresiva de la reacción psicótica involutiva del DSM-I. Su presencia entre los principales trastornos afectivos refleja el hecho de que está destinado únicamente a situaciones en las que el trastorno del estado de ánimo no es debido a ninguna experiencia.

Como se ha indicado anteriormente, la categoría de estado paranoide involutivo ha sido incluida en el campo de los principales cuadros paranoides. El diagnóstico de estado paranoide bastante artificioso, hallado en el DSM-I, ya no existe como diagnóstico discreto.

4.2.2 Neurosis: Esta categoría incluye los trastornos que se caracterizan por un síntoma específico, que generalmente es un Yo distónico y que domina el cuadro clínico, como es la ansiedad, la depresión, la fobia, la obsesión o la compulsión. La definición del DSM-II está basada en la noción psicoanalítica de que las neurosis son defensas contra la ansiedad, y por eso el criterio de clasificación parece estar basado en la presencia de un mecanismo supuestamente patológico. Dado que los síntomas neuróticos clásicos están asociados por lo común con las psicosis funcionales, el diagnóstico de neurosis

se ha establecido, en realidad, por exclusión. Se considera que una neurosis está presente cuando existe un síntoma neurótico en ausencia de una psicosis funcional o de una reacción situacional pasajera.

Algunos estudiosos de la clasificación psiquiátrica han puesto a prueba la categoría de entidad neurótica sosteniendo que, en la realidad, no son nada más que conjuntos de síntomas. Arguyen que estas alteraciones son análogas a los síntomas especiales que son diagnosticados sólo en ausencia de trastornos más fundamentales.

El DSM-II implica que la ansiedad desempeña un papel central en las neurosis, pero probablemente, por implicación, no tiene un papel central en otros trastornos mentales y que la ansiedad está implicada en el desarrollo de todas las neurosis. Ambas suposiciones pueden ser puestas en duda. La ansiedad parece tener un papel en muchos tipos diferentes de trastornos, incluyendo algunas psicosis funcionales. Además, hay razones para creer que la depresión, en sí misma, es un afecto principal de otros primates, al igual que en el hombre, de tal forma que no es necesario postular que la ansiedad es un elemento más fundamental que la depresión en la patogénesis de la neurosis depresiva.

A los diagnósticos del DSM-I de reacción de conversión y de reacción disociativa, en el DSM-II se les ha dado de nuevo nombre de neurosis

histérica, tipo conversión, y neurosis histérica, tipo disociativo. Estas dos subcategorías fueron creadas dividiendo la categoría unitaria de neurosis histérica del ICD-8. Se creyó que el término de diagnóstico sencillo del ICD-8 borraría la importante distinción entre estas dos condiciones diferentes.

Se han añadido al DSM-II tres términos de diagnóstico nuevos: neurosis neurasténica, neurosis de despersonalización y neurosis hipocondriaca. El primero, la neurosis neurasténica, es equivalente y sustituye a la reacción psicofisiológica del sistema nervioso, su correspondiente en el DSM-I. El diagnóstico de neurosis de despersonalización difícilmente se distingue de los episodios de despersonalización que ocurren en los demás trastornos mentales o de la experiencia pasajera en ausencia de cualquier trastorno psiquiátrico.

4.2.3 Trastornos de personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos.

Este amplio título contiene, en realidad, cuatro categorías diferentes trastornos de la personalidad, desviaciones sexuales, alcoholismo y dependencia de las drogas.

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por patrones de conducta desadaptados, generalmente egosintónicos, que duran toda la vida. El criterio de clasificación es la

fenomenología (patrones de comportamiento egosintónicos, más que síntomas egodistónicos) y el curso del trastorno (más que episódicos, existen desde siempre en la vida del sujeto). Las subdivisiones en los trastornos de la personalidad se basan en estereotipos que se manifiestan en conjuntos típicos de comportamiento, por ejemplo, la personalidad obsesivo-compulsiva y la personalidad histérica.

Las otras tres categorías (la desviación sexual, el alcoholismo y la dependencia de las drogas) son, en realidad, diagnósticos de síntomas en los que cada uno de los diagnósticos puede coexistir probablemente con cualquier otro diagnóstico del DSM-II. Así, en cualquier grupo de pacientes que tengan alguno de estos tres diagnósticos, algunos no tendrán ningún otro trastorno mental, algunos pueden tener una neurosis, algunos un trastorno de personalidad, algunos una psicosis funcional, etc.

En el DSM-I, los trastornos de personalidad incluían la desviación sexual, el alcoholismo y la dependencia de la drogas, que en el DSM-II son epígrafes importantes, en los que aparece en cada uno conjuntos enteros de diagnósticos nuevos que permiten una especificidad mucho mayor de lo que antes era posible.

Al definir los trastornos de personalidad, el DSM-II señala:

Este grupo de trastornos está caracterizado por patrones de comportamiento desadaptados

profundamente enraizados, que son perceptiblemente diferentes a nivel cualitativo de los síntomas psicóticos y neuróticos.

No se dice al lector las diferencias «perceptibles».

El DSM-II interpretó que la categoría de «personalidad afectiva» del ICD significaba personalidad ciclotímica, que requiere «períodos recurrentes y alternantes de depresión y alegría». Por otro lado, otros países han interpretado que el término incluía no solamente pacientes que tienen estados de ánimo persistentemente alegre (carácter hipomaniaco) o estado de ánimo persistentemente deprimido (carácter depresivo). La consecuencia de la definición del DSM-II es que una categoría se aplica a los pacientes comparativamente poco ciclotímicos, en realidad, pero no se proporciona ninguna clasificación adecuada para el número mucho mayor de pacientes deprimidos caracterológicamente.

El DSM-II incluye tres nuevos trastornos de personalidad: la personalidad asténica. La categoría de personalidad explosiva comparte muchos rasgos del diagnóstico de personalidad pasivo-agresiva, tipo agresivo, que se encuentra en el DSM-I. La personalidad histérica no fue reconocida en el DSM-I, a pesar de que era una categoría muy conocida, utilizada comúnmente en la discusión psiquiátrica. Este diagnóstico es apropiado para muchos pacientes a los que se les

hubiera dado el diagnóstico de personalidad emocionalmente inestable en el pasado, categoría que se encuentra en el DSM-II.

En ausencia de criterios claros y estudios de seguimiento, la prudencia de incluir categorías como personalidad explosiva, personalidad asténica y personalidad inadecuada, puede discutirse.



V. ENFERMEDADES MENTALES MAS COMUNES

5.1 NEUROSIS

Incluye los trastornos que se caracterizan por un síntoma específico; generalmente es un yo distónico que domina el cuadro clínico; como lo es la ansiedad; depresión, fobia, obsesión, o defensa contra la ansiedad.

Se considera que una neurosis está presente cuando existe un síntoma neurótico en ausencia de una psicosis funcional o de una reacción situacional pasajera.

5.1.1 Histeria: Es una conversión que manifiesta un paciente con un cambio de personalidad tales como (ceguera-sordera histéricas-parálisis, etc).

5.1.2 Fobias: Temor o miedo como una pulsión adquirida y su mediación de respuestas esqueléticas reductoras de la pulsión que suprimen el estímulo de temor o miedo condicionado.

5.1.3 Obsesión: Persona que reacciona demasiado intensamente y demasiado persistentemente ante estímulos externos fuertes.

5.1.4 Compulsión: Impulso que lleva a ejecutar actos repetitivos o rituales que pueden incluir

secuencias.

5.1.5 Depresión: Estado donde el paciente se sume en una profunda tristeza y siente la necesidad de sentirse acongojado.

5.1.6 Hipocondriacos: El paciente se siente importante al manifestar una serie constante de enfermedades para que las personas a su alrededor lo tengan en cuenta.

5.2 PSICOSIS

Trastorno mental en el que la capacidad mental de una persona; su respuesta afectiva; y su capacidad para reconocer la realidad, comunicarse y relacionarse están deterioradas hasta el punto de interferir en el poder para afrontar las demandas de la vida

5.2.1 Esquizofrenia: Trastorno mental de naturaleza psicótica caracterizada por alteraciones del pensamiento, humor, y la conducta. Se distorciona la realidad se presenta ilusiones y alucinaciones acompañada por una fragmentación de las asociaciones lo cual provoca un lenguaje incoherente.

5.2.2 Afectividad: Es el exceso de demostración de cariño que lleva al paciente a sufrir por todas las más mínimas actitudes de las otras personas.

5.2.3 Paranoia: Es un síndrome psiquiátrico caracterizado por ideas delirantes sistematizadas con escasos síntomas de desorganización o ninguno.

5.3 SÍNDROMES CEREBRALES ORGÁNICOS

5.3.1 Definición: Condición mental característica, resultante del deterioro difuso del funcionamiento del tejido cerebral, por cualquier causa.

Se dividen en :

5.3.1.1 Psicóticos: Paciente que no puede responder a exigencias ordinarias de la vida o considerar la realidad en forma efectiva.

5.3.1.2 No psicóticos: Paciente que puede valorar la realidad de forma adecuada.

5.3.2 Rasgos clínicos:

- * Trastorno de orientación: deteriorando
- * Trastorno de memoria: proceso mediante el cual los datos son adquiridos, procesados, almacenados y se hacen conscientes.
- * Deterioro de funciones intelectuales como: cálculo aprehensión, incapacidad para aprender nuevas tareas.
- * Deterioro del juicio: Proceso mental complejo que implica la capacidad para entender datos presentados para sopesar varias alternativas y para formular un plan de acción adecuado.
- * Labilidad y superficialidad del afecto: son las expresiones o afectos sentimentales que sirven para informar a la persona sobre el

estado de su ambiente emocional interno, que en éste caso se marcan excesivamente.

5.3.3 Clasificación:

- * Síndrome cerebral agudo.
- * Síndrome cerebral crónico.
- * Delirio y demencia.

5.3.4 Manifestaciones clínicas:

- * Deterioro de la orientación en el tiempo, lugar o persona.
- * Deterioro de la memoria remota y reciente.
- * Disminución de la atención.
- * Confusión
- * Deterioro para manejar el conocimiento adquirido.
- * Deterioro de juicio e intuición.
- * Deterioro del habla y praxis
- * Deterioro de la habilidad constructiva.
- * Labilidad y superficialidad del afecto.

VI. DOLOR

6.1 DEFINICIÓN

Es un fenómeno subjetivo difícil de valorar, pero existen diversos factores que deben considerarse. El umbral del dolor varía de una persona a otra. Las diferencias de un dolor real y un dolor imaginario es más semántica que fisiológica, sin embargo a menudo puede haber gran dificultad en diferenciar el dolor orgánico o fisiológico manifestado como parte de una enfermedad, fisiológica.

6.2 DOLOR AGUDO EN CONTRAPOSICION A DOLOR CRÓNICO

En este terreno donde se plantea la necesidad de distinguir y aplicar de forma selectiva los modelos correspondientes y donde es la necesidad de dejar de ser especulativa para referirse a consecuencias prácticas de potencia gravedad.

No se va a hablar del término psicológico del dolor agudo, el modelo biológico y los recursos médicos a menudo de él suelen ser perfectamente eficaces en estos casos.

Pensar en los mismos términos pueden crear dependencias y abusos de medición a regímenes de

reposo arbitrarios e invalidasen injustificadas y en un plano general a una exagera búsqueda, tanto por parte del paciente como de su terapia del remedio en el lugar equivocado.

Dentro de las distintas y características forma de pensar que necesariamente requiere el dolor crónico tiene cavidad el abordaje terapéutico psicológico.

6.3 EL TRATAMIENTO COMO REHABILITACION

Más que un proceso dirigido a eliminar la causa, ésta consiste en un aprendizaje de las habilidades y recursos que el paciente ha perdido y que son los necesarios para llevar una vida normal con una satisfactoria adaptación.

El marco de referencia es lo que es normal para las personas de sus mismas características sociales, en términos de estilo y sobre todo de calidad de vida.

Para conseguir el objetivo y desacuerdo con una perspectiva interacciones, la rehabilitación de un paciente con dolor crónico se articula en dos aspectos interdependientes: la normalización del ambiente actual y la intervención a nivel del paciente.

6.4 LA COLABORACIÓN CON EL PACIENTE

Conseguir la colaboración con el paciente es un elemento central a todos los tratamientos crónicos

y en las comisiones en este terreno pueden estar los orígenes de muchos problemas que en ellos se presentan.

6.5 TRATAMIENTO ENTENDIDO COMO PROGRAMA

No se trata de que el terapeuta haga de maestro sino que aprenda a sacar partido y adaptarse a su campo los importantes factores comunes a ambas áreas, salvando las diferencias superficiales.

6.5.1 En primer lugar: Encontramos afinidades en el mismo concepto de tratamiento como programa al igual que éste no se trata de algo circunscrito y contundente, sino gradual, algo que transcurre por etapas desde una situación inicial a una final previamente estipulada y para alcanzar la cual se requiere de un proceso.

6.5.2 En segundo lugar: La necesidad de trabajar formulando objetivos finales explícita, claras y asumidos por todas las partes implicadas; el equipo terapéutica, el paciente, sus familiares.

En un tratamiento agudo el objetivo es implícito pero nada ambiguo. Los objetivos intermedios constituyen la concreción de la forma de proceder más corriente en los tratamientos complejos que también se asemejan a los programas de enseñanzas en cuanto a la necesidad de establecer previamente una estrategia en etapas, en la que la meta final se alcance de forma gradual.

6.5.3 Generalización: El marco conceptuad de la generalización es "no se rehabilita para la clinica sino para la vida"

El objetivo real de toda rehabilitación es que el paciente adquiera en el contexto asistencia aquellas habilidades y recursos que le son necesario para funcionar satisfactoriamente en su ambiente natural y en la vida de cada día .

En otro orden de cosas, el tema de la generalización tiene interés conceptuales para la investigación terapéutica.

6.5.4 En conclusión el tratamiento: No es que el paciente "llegue a recorrer sin detenerse una distancia de doscientos metros" sino que se sitúa en aquel punto del proceso en que recorrer esta distancia es lo que necesita para ir al ban. Lo que interesa no es que el paciente mueva los brazos sino que barra o se prepare la comida. De aquel uso y la justificación del indicador del patrón de actividad y que a lo largo de todo el tratamiento hayan de tenerse presentes. El ambiente natural y sus requerimientos.

6.6 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS DEL DOLOR CRÓNICO

De acuerdo con la visión del dolor como un campo complejo, se ha escogido una organización "madurar: adaptable a las distintas configuraciones problemáticas que puedan presentar un paciente determinado.

6.6.1 Algunos de los trastornos más comunes tratados en las clínicas para el dolor crónico:

6.6.1.1 Trastornos psiquiátricos:

- * Depresión, «disfrazada»
- * Hipocondría
- * Dolor motivado psicológicamente (p.eje., migrañas).
- * Síntomas de conversión.
- * Neurosis de compensación.
- * Simulación.
- * Delirios producidos por una psicosis (p.ej., demencia, esquizofrenia).

6.6.1.2 Trastornos musculoesqueléticos:

- * Dolor lumbar (puede ir asociado a una artritis, espondilitis, cirugía discal fracasada).
- * Artritis reumatoide
- * Osteoartritis
- * Dolor miofascial (p.ej., hombro helado)
- * Enfermedad de Paget (producida por invasión a los nervios).

6.6.1.3 Trastornos isquémicos:

- * Angina de pecho
- * Enfermedad vascular periférica (p.ej., claudicación intermitente).

6.6.1.4 Trastornos neoplásicos:

- * Invasión o compresión directa de los nervios.
- * Metástasis que producen invasión o compresión de otras estructuras.

6.6.1.5 Trastornos neurológicos: Lesiones nerviosas.

- * Neuritis postraumática
- * Causalgia
- * Neuromas postoperatorios
- * Dolor (fantasma) del muñón por amputación
- * Cocciodinia.
- * Dolor de cicatrices
- * Pinzado nervioso.
- * Neuralgia postherpética (herpe zoster)
- * Neuralgia del trigémino (tic doloroso)
- * Distrofia simpática (p.ej., síndrome hombro-mano).
- * Estados espásticos
- * Dolor telámico.

6.6.1.6 Otros trastornos:

- * Síndrome de articulación temporomandibular (bruxismo) o artritis.
- * Dolor dental, nasal, sinusal, oftalmológico u odontológico.
- * Gota
- * Pancreatitis crónica.

6.6.2 Analgesia: Utilizamos medidas analgésicas no farmacológicas, dentro del mismo se incluye un conjunto de procedimientos muchos de ellos son de uso empírico, que tienen en común el hecho de que su probable mecanismo de acción consiste en la contraestimulación. (Nelzack y Wall, 1988) las aplicaciones de calor o frío y la estimulación mecánica, bajo formas de masajes o friegos.

6.6.3 Escalas del dolor:

6.6.3.1 Escalas verbales o descripciones simples:

Estas escalas consisten en series palabras, habitualmente en número de cinco a siete, dispuestas de forma que representa un orden creciente o decreciente de intensidad, entre las cuales el paciente ha de indicar lo que corresponde a la estimación de su dolor. Estos términos pueden ser adverbios:

Nada-poco-bastante-mucho-
o más específicos

Ausente-ligero-moderado-atroz-insoportable
o se puede mezclar los 2 tipos.

6.7 ESCALAS NUMÉRICAS

El paciente ha de efectuarse una estimación diciendo o eligiendo un número entre 0 y n, siendo n, por regla general 10.100.

Es frecuente que se califiquen los valores extremos como se pueden apreciar en los siguientes ejemplos "un dolor insoportable" un dolor que si usted no podría soportar más de unos minutos, le hacían pensar en suicidarse, "el dolor más intenso" que usted haya experimentado.

- 1 Ligero
- 2 Molesto
- 3 Perturbador
- 4 Horrible
- 5 Atroz.

0. Ausencia de dolor de cabeza.
1. Dolor de cabeza presente pero puede ignorarse.
2. Dolor de cabeza presente, no puede ignorarse.
3. Dolor de cabeza presente no puede ignorarse no puede concentrarse.
4. Dolor de cabeza presente no puede ignorarse e interferirse con todas las actividades.
5. Dolor de cabeza presente, no puede ignorarse, se ha de guardar cama.

6.8 ESCALA ANALOGICA VISUAL

Esta se lleva a cabo la estimación de la intensidad trazando una marca o segmento de 10 centímetros, la longitud de subsegmento.

Así delimitado correspondería a la estimación, es frecuente que los extraños del segmento estén calificados, usándose para ello términos semejantes a los que se han indicado para las escalas numéricas.

6.9 ESCALA GRÁFICAS

Es una escala análoga visual, a lo largo de la cual se disponen números o términos descriptivos para facilitar comprensión:

- a. Definir la sensación o la respuesta a observar.
- b. Decidir sobre los extremos de la sensación o respuesta.
- c. No es necesario si terminar los extremos favorables del segmento.

d. La medida de la sensación o respuesta tiene que estar situada en el centro del segmento.

6.9.1 Nivel del dolor clínico: El tiempo, en segundos, hasta igualar la intensidad del dolor clínico del paciente.

6.9.2 Máxima tolerancia al dolor: El tiempo máximo, en segundos que el paciente tolera el dolor isquémico inducido.

6.9.3 Razón del dolor por torniquete: La razón dolor clínico tolerancia, multiplicada por 100 o sea, la relación entre los dos valores anteriores.



VII. DIAGNOSTICO Y ODONTOLOGÍA: EXAMEN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

7.1 INTRODUCCIÓN

La Consulta es el instrumento principal usado por el Odontólogo para conseguir un conocimiento del paciente y la naturaleza de su problema. El obtener el estado mental, el extraer una historia de la enfermedad y de la vida pasada del paciente y el llevar a cabo el tratamiento odontológico dependen de una entrevista dirigida de forma eficaz. De hecho, todo ello empieza con el contacto inicial con el Odontólogo. La comprensión del paciente en la salud y en la enfermedad se consigue principalmente del resumen de los acontecimientos de su vida, actitudes, emociones y del desarrollo de sus síntomas. El diagnóstico y el pronóstico se basan en estos datos y en la información adicional obtenida de los parientes del paciente, el examen físico, los tests psicológicos y algunos otros exámenes especiales. Con este conocimiento se pueden formular los objetivos del tratamiento y se puede instituir un plan de terapia que sea realista para el paciente.

El Odontólogo necesita considerar no sólo las implicaciones de la conciencia del paciente y de sus explicaciones reales, sino también el

inconsciente o aspectos transferenciales. Por transferencia se entiende la reactivación exterior de la consciencia del paciente de sus actitudes y sentimientos hacia la gente que ha sido importante para él, y la proyección de estas reacciones sobre el Odontólogo.

7.2 RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE

La relación del Odontólogo-paciente es la clave de la práctica Odontológica. Es de interés para todos los Odontólogos y necesita ser evaluada en todos los pacientes. Aunque los factores de personalidad sean lo más significativos cuando los problemas emocionales y mentales son el núcleo de la enfermedad, también afectan al cuidado del paciente espera una buena relación, más incluso que una curacies una experiencia común que los pacientes se vean aptos para tolerar las limitaciones en el tratamiento odontológico. Según dice Alan Gregg: «No hay enfermedades . Solo hay personas enfermas». Así, pues, al Odontólogo le incumbe considerar la naturaleza de la relación. Esto implica que haya una comprensión y una confianza entre el Odontólogo y su paciente. Con la relación, el paciente siente que el Odontólogo le acepta y reconoce sus cualidades, aun cuando exceda a sus obligaciones.

La mayor parte de los pacientes sienten que no pueden confiar en los Odontólogos. El sentimiento de alguien le conoce, le comprende y le acepta es una fuente de fortaleza para el paciente.

7.3 ACTITUD DEL ODONTÓLOGO HACIA EL PACIENTE

El fracaso del Odontólogo en establecer una buena relación es responsable de gran parte del fracaso en el cuidado de sus pacientes. Alexis Carrel señaló que el Odontólogo joven pierde de vista demasiado frecuentemente al hombre completo, y en lugar de eso considera a sus pacientes como un cuerpo disecado por el anatomista, como las células y líquidos estudiados por el fisiólogo o como la consciencia observada por el psiquiatra. Sin embargo, un paciente vivo proporciona un nuevo factor que el primer paciente del estudiante de Odontología el cadáver, no tiene: transferencia. A su vez, el Odontólogo puede desarrollar una contratransferencia, lo recíproco de la transferencia, en la cual el paciente representa a alguien del pasado del Odontólogo y que sirve para ayudar a aliviar sus conflictos y sentimientos. El Odontólogo siempre se identifica con el paciente en mayor o menor grado. Los Odontólogos consciente o inconscientemente, conocen algo acerca de las necesidades del paciente, pues todos hemos estado enfermos, al menos de niños. Así, el Odontólogo desarrolla la empatía, que significa que tiene la capacidad de ponerse en lugar del paciente en un grado que puede experimentar el significado de los sentimientos, deseos y pensamientos del paciente.

«El secreto del cuidado del paciente está en tenerle cariño al paciente», señaló Francis Peabody, que fue un maestro, un clínico y un

investigador con talento. Si a un doctor le desagrade un paciente, inevitablemente será inefectivo en tratarle. La emoción engendra contraemoción. Por ejemplo, si el Odontólogo es hostil, el paciente se hará más hostil; él entonces se enoja más y hay rápido deterioro de la relación. Por otro lado, si el Odontólogo puede pasar por algo esa emoción y puede tratar al resentido paciente con ecuanimidad, puede haber una victoria en la relación interpersonal y el paciente se puede convertir en una persona leal y cooperativa. Es seguro que a los Odontólogos agradan más unos pacientes que otros. Es común que los Odontólogos sean turbados emocionalmente por ciertas personalidades o enfermedades. Sin embargo, es importante conceder una gran cantidad de comprensión a todos. Si el Odontólogo siente antagonismo, deberá intentar evaluar la razón de este sentimiento.

7.4 REACCION DEL PACIENTE HACIA EL ODONTÓLOGO

La reacción del paciente hacia el Odontólogo es fácil que sea una repetición de la actitud que él ha tenido hacia Odontólogos anteriores o hacia los padres, maestros y otras personas autoritarias que hayan sido figuras importantes en su vida.

Su reacción puede ser positiva negativa o ambivalente.

Dado que el papel tradicional del Odontólogo es el de poner en acción y dar consejo, a veces se sienten forzados al explicar las historias

completas de su vida a un psiquiatra. Cabe que venga con la expectativa de que todas sus dificultades se resolverán muy pronto, sin esfuerzo por su parte, excepto una pasiva conformidad con todas las orientaciones del Odontólogo.

Aunque es fácil que el paciente identifique al psiquiatra con otra persona de su vida cuando haya factores reales, a veces las necesidades de transferencia son tan grandes que los factores irreales determinan su reacción. Por ejemplo, un joven puede ver fácilmente en un psiquiatra masculino mayor a una figura paterna. Sin embargo, cuando los conflictos sin resolver con su padre son fuertes, puede dotar a una joven examinadora con las características personales de su padre.

Las palabras y acciones del psiquiatra tiene un poder mucho más allá de lo común a causa de su autoridad única y la dependencia del paciente respecto a él. Lo que el Odontólogo siente en particular tiene una relación directa con las reacciones emocionales y fisiológicas del paciente. Un paciente tenía siempre una presión sanguínea alta cuando era examinado por un Odontólogo que él consideraba frío, huraño y severo. Tenía presión sanguínea normal cuando era visto por un Odontólogo que él consideraba cordial, comprensivo y simpático.

No solamente las experiencias individuales, sino las extensas actitudes culturales de los

pacientes, afectan sus reacciones. En el examen de 700 pacientes hubo un acuerdo sustancial entre los pacientes en que los Odontólogos no tenían el tiempo o la inclinación a escuchar y considerar los sentimientos del paciente, que no tenían suficiente conocimiento de los problemas emocionales, del fondo socioeconómico y su familia y que habían aumentado su temor al no dar explicaciones en un lenguaje no técnico. Puesto que los factores económicos y psicosociales ejercen una profunda influencia sobre las reacciones humanas, tal como han sido subrayado por Blum y otros, es preferible que el Odontólogo tenga tanta comprensión como sea posible de la subcultura del paciente. Se ha descubierto que la diferencias en la clase social, intelectual y educacional interfieren seriamente en la relación. La comprensión o la falta de comprensión de las convicciones, el uso del lenguaje y las actitudes hacia la enfermedad del paciente influyen en el carácter del examen del Odontólogo.

7.5 INTERRELACION

Lewin señaló que hay un núcleo de niño chillón y enfurecido en la mayor parte de los pacientes, incluso en los buenos pacientes, que son definidos usualmente como pacientes cooperadores. Se requiere que el médico combata las agresiones del paciente. También surgen contraagresiones pero más que ser expresadas directamente, en general son sublimadas, pues pasaron los días e que el doctor Willis azotaba al psicótico George III, con la

considerada aprobación de buena parte de la profesión odontológica, la culpa inconsciente del Odontólogo, una consecuencia de su incapacidad para tratar al paciente y su enfermedad, puede ser aliviada por medio de un método acusador de interrogatorio, que acarrea la implicación de que el paciente es responsable de su enfermedad.

El logra una comprensión consciente de la relación entre el Odontólogo y el paciente requiere una evaluación constante. Cuando mejor sea la comprensión que el psiquiatra tiene de sí mismo, tanto más seguro se sentirá y más capaz será de modificar las actitudes destructivas. El Odontólogo necesita empatizar, pero no hasta el punto de asumir las cargas de sus pacientes. Debería ser capaz de dejar los problemas de sus pacientes cuando se va del despacho o del hospital. De otro modo, pone trabas en sus esfuerzos por ayudar a la persona enferma, que necesita simpatía y comprensión, pero no sentimentalismo.

El Odontólogo es propenso a ser defensivo de alguna manera, en parte de buena razón, pues muchos doctores inocentes han sido demandados, atacados e incluso matados porque no daban a algunos de sus pacientes las satisfacciones deseadas inconscientemente. Como patrón protector-defensivo, el Odontólogo puede asumir una actitud hacia todos los pacientes. Aunque esa rigidez puede crear cierto alivio y eficiencia, es inapropiado con frecuencia para el paciente y la

situación en particular. Una mayor flexibilidad lleva a una capacidad de responder a la sutil interacción entre dos personas.

El Odontólogo debe evitar el dejar de lado los problemas que son importantes para el paciente, pero que él encuentra aburridos o difíciles de tratar a causa de sus propias sensibilidad, prejuicios o peculiaridades.

Un estudiante de Odontología insistía en interrogar a una paciente acerca de su relación con su hijo de 23 años. Fue evidente, al volver a oír la entrevista grabada, que ella deseaba hablar acerca de su problema con su marido. Cuando la paciente fue entrevistada después por el psiquiatra supervisor, dijo: «El doctor era un tipo agradable, pero observé que tenía problemas con su madre. Me hizo comprender mejor a mi propio hijo».

En una compleja interacción como en la entrevista, generalmente los errores no son desastrosos para la relación si no son excesivamente frecuentes. Cuando el paciente siente interés y buena voluntad por parte del entrevistador, está preparado para ser tolerante con una ineptitud considerable.

El entusiasmo y el interés del Odontólogo joven es probable que equilibre su inexperiencia. El paciente infeliz está interesado principalmente por conseguir ayuda, y la aproximación del Odontólogo es más importante que su edad.

Cuando el Odontólogo puede transmitir al paciente que es receptivo se facilita el diálogo. Es más fácil para el paciente hablar de cualquier tema expresando sus pensamientos cualquiera que sea y mostrando interés en la charla frente al profesional.

7.6 TÉCNICA

Las actitudes del paciente y del Odontólogo son significativa para determinar el tipo de entrevista y su éxito. El paciente acude al profesional para recibir ayuda debido al conocimiento y habilidad del mismo, brindándoseles confianza.

Algunos pacientes acudirán bajo presión de parientes y amigos por lo tanto van dispuestos a inhibir o a ser represivo con el profesional. Esto es muy fácil de medir en la primera sección porque se va a presentar alguna complicación en la relación Odontólogo-Paciente. El Odontólogo debe hacerle sentir cómo y libre al paciente siendo esta actitud receptiva y muy útil.

Las preguntas que hace el paciente deben ser resueltas sinceramente dependiendo de la capacidad comprensiva del paciente. Los factores como la inteligencia, el fondo cultural y educacional son de gran ayuda para utilizar un vocabulario de acuerdo a la capacidad del paciente. Si el paciente no responde no es necesario continuar con la entrevista.

El conocimiento de la psicología por parte del Odontólogo es de gran utilidad para ayudarle a comprender lo que está ocurriendo y para variar el enfoque del paciente (agresivo-asustado).

Al guiar la consulta el operador debería dejar que el paciente exprese libremente sus pensamientos y sentimientos y dejar que el paciente cuente su historia. Los espacios se pueden llenar después de la consulta inicial o en consultas posteriores para que haya una amplia recogida de datos de la consulta, sobre la cual se puede hacer un diagnóstico apropiado. Es necesaria una base común de recogida de datos para las comparaciones entre los Odontólogos y entre instituciones sobre el diagnóstico apropiado. Es necesaria una base común de recogida de datos para las comparaciones entre odontólogos y entre instituciones sobre el diagnóstico y la terapéutica. Las entrevistas estructuradas de forma estricta pueden interferir realmente en la obtención de datos comparativos, dada la pérdida de profundidad de la recogida de ellos. El escuchar es la herramienta principal. La mínima actividad incita al paciente a extenderse en sus pensamientos y le capacita para revelar temas importantes. Se debe prestar atención tanto a lo que el paciente omite como a lo que dice. El énfasis inapropiado o la exageración, signos evidentes de emoción, y los cambios en la forma y el tono de la voz pueden dar indicios de una distorsión. Por ejemplo, cuando una mujer dice de manera voluntaria que su marido es absolutamente perfecto, su declaración debería levantar

sospechas acerca de la solidez del ajuste matrimonial. Pero no es recomendable poner en prueba estas declaraciones dogmáticas y cargadas emocionalmente de forma inmediata. Estas áreas pueden ser exploradas completamente más tarde, cuando el paciente se sienta más seguro con el Odontólogo tergiversación y la percepción errónea de los hechos, debida a la negación consciente o a la falta de consciencia, se pueden clarificar gradualmente.

Evaluar las presiones sociales existentes en la vida más temprana del paciente ayuda al Odontólogo a comprender mejor la susceptibilidad del paciente.

Las reacciones emocionales que resultan de la tensión excesiva debería resolverse dentro de lo posible. El punto significativo puede que no sea la tensión propiamente, sino más bien esa tensión particular significa para la persona.

El paciente debe ser un participante activo al tratar las reacciones de la personalidad. No hay atajo; debe descuidarse a sí mismo y examinarse libremente a sí mismo. Se debe animar a los pacientes para que examinen las ventajas y desventajas de las diferentes formas de tratar un problema. De este modo aprenderán a tomar sus propias decisiones y tomar una acción independiente, y ganan una seguridad que les ayudará a tratar problemas futuros.

Las entrevistas deberían dirigirse en privado .

Generalmente no deberían durar más de una hora, aunque la primera entrevista con pacientes receptivos y que estén alerta puede prolongarse hasta una hora y media. Se pueden programar entrevistas posteriores más largas, especialmente si no es posible o apropiado ver al paciente frecuentemente.

El objetivo final es ayudar al paciente a cambiar sus actitudes fundamental y a aceptar emocionalmente lo que hasta entonces había rechazado aceptar. La confianza del paciente en el Odontólogo y su deseo de mejorar pueden vencer la resistencia a ese cambio. La resistencia implica una necesidad consciente o inconsciente de detener el examen de los conflictos emocionales. Esto puede ser debido a la vergüenza, a la culpa, al miedo al rechazo, a desconfianza hacia el Odontólogo o a una necesidad de persistir en los síntomas que le proporcionan una ganancia secundaria. Frecuentemente, el paciente es aprehensivo respecto de que la ansiedad asociada inicialmente con su problema se revive si se elimina la represión. La resistencia se puede mostrar hablando de temas irrelevantes o dirigiendo la conversación hacia el propio psiquiatra. Cuando el paciente hace preguntas personales al Odontólogo, puede indicar que está interesado en las razones de esa curiosidad por sus asuntos personales. Sin embargo, las preguntas sobre las cualificaciones del psiquiatra deben responderse en una forma franca.

7.7 TÉCNICAS DE INTERROGATORIO

Las preguntas deben introducirse cuando el paciente da pie a ello. Cuando se le pregunta con tacto, las preguntas no contrarían la concepción de sí mismo del paciente. Por ejemplo, si un paciente que ha tenido tres esposas se queja del resentimiento de su esposa actual, el Odontólogo no debería preguntarle si siempre ha escogido esposas hostiles o si siempre suscita enojo en las mujeres. Más bien, el Odontólogo debería preguntar si ha habido problemas similares con sus anteriores esposas.

Deben evitarse las preguntas dirigidas y los comentarios interpretativos. Por ejemplo, si un paciente que tiene problemas de adaptación a su trabajo se queja de náuseas, el Odontólogo no debe decir: «Usted debe de sentir las náuseas cuando está trabajando». Debe preguntar al paciente cuándo siente las náuseas e indagar acerca de su ambiente y sus sentimientos en el momento en que tiene lugar. Entonces, el propio paciente puede ver una conexión entre la situación estresante y sus síntomas. En lugar de hacerse defender porque se siente acusado, se sentirá animado a desarrollar su propia comprensión.

El examinador perspicaz hace preguntas que ayuden al paciente a desarrollar la comprensión de sí mismo como persona. El examinador evita el inducir al paciente a obrar de acuerdo con teorías preconcebidas que no se aplica a él. Por ejemplo,

el Odontólogo puede querer colocar a todos los pacientes con úlcera péptica en la categoría de aquellos que no han satisfecho sus necesidades de dependencia infantiles. En lugar de ello, las preguntas del profesional deben llevar al paciente a un análisis del desarrollo de sus síntomas. Con este enfoque, el paciente llega a la comprensión de los significados escondidos de sus reacciones personales. Cuando ha habido pruebas suficientes en apoyo de una interpretación, el Odontólogo puede usar esta información para hacer una interpretación más directa. El volver a formular las propias interpretaciones del paciente puede ayudar a clarificar y consolidar la percepción. Hay grandes variaciones en la capacidad para hacer observaciones introspectivas y para comprender su significado. Aquellos que tienen poca habilidad para revivir pensamientos inconscientes y para comprender los significados internos, necesitan mayor dirección por parte del profesional.

7.8 GRABAR Y TOMAR NOTAS

Generalmente es preferible grabar declaraciones al pie de la letra, pues ayuda a la evaluación del paciente y su enfermedad. Se debe tomar notas de la forma lo menos obstructiva posible y no deben ser tan extensas como para que interfieran el libre fluir de la charla del paciente o la capacidad del operador para escuchar al paciente. Se debe afirmar reiteradamente que las notas son confidenciales, en especial de los pacientes que se sienten incómodos acerca de ellas.

Los Odontólogos deben estar alertas a la reacción del paciente. Cuando el entrevistador se siente incómodo al tomar notas o se afana por tomar todos los datos sobre el papel, es probable que el paciente tenga una respuesta desfavorable. Si el paciente tiene inconvenientes en que se tomen notas, es mejor dejarlas. Por otro lado a muchos pacientes no les gusta que el operador no tome notas. Pueden considerar que el tomar notas es señal del interés y la apreciación de la importancia de lo que se dice por parte del médico.

Cuando no se toman notas durante la entrevista, el profesional debe tomarse tiempo para registrar los datos inmediatamente después de que el paciente se haya ido. Sin embargo, si no se toman notas durante la entrevista, hay riesgo de que las propias reacciones personales del entrevistador afecten excesivamente el informe del paciente. Si el Odontólogo no toma notas, debería considerar los registros en cinta o en cinta de video; son más completos e interfieren menos la comunicación espontánea y fácil. El paciente debe dar su permiso para que se use una grabadora. Aunque las grabaciones no interfieren generalmente en la espontaneidad de las entrevistas, pueden crear problemas a algunos pacientes y examinadores, acentuando sus inhibiciones o exhibicionismo. A veces, especialmente cuando se ha de presentar el caso ante otros colegas, el Odontólogo puede tener tendencia a llevar a cabo una entrevista más estereotipada o a dramatizar excesivamente al

tener más en cuenta a su audiencia que a su paciente.

7.9 ACTITUD DEL ODONTÓLOGO

El Odontólogo necesita escuchar sin demostrar reacciones fuertes, incluso cuando se acuerde de sus propios problemas de experiencias perturbadoras. Así pues, él mismo debe estar relativamente bien adaptado y tener fuentes suficientes de satisfacción y seguridad. Su actitud hacia sus propios conflictos ha de clarificarse para no interfieran en su estabilidad emocional y su capacidad para concentrarse mientras escucha a su paciente. El autorrespeto del Odontólogo es importante, pues la habilidad para respetar a los otros depende en alguna medida del propio respeto a uno mismo.

La pasividad completa por parte del Odontólogo provoca sentimientos de desamparo al paciente. Cuando el paciente expresa actitudes antisociales, como impulsos homicidas hacia miembros de su familia, el Odontólogo debe evitar demostrar que está impresionado.

El Odontólogo debe tener presente que su formación y su experiencia han de distanciarse. Sus pacientes pueden no tener o no mayores ventajas personales que él. El hecho de que una persona necesite ayuda en sus dificultades emocionales de ningún modo supone alguna inferioridad básica. Una actitud autoritaria por parte del Odontólogo es

inapropiada e interfiere en la capacidad del paciente para trabajar con facilidad. Realmente, es posible que se constituya una repetición traumática de un patrón cultural o paterno al cual se ha sensibilizado el paciente. Incluso muchos Odontólogos sucumben a la tentación de ejercer autoridad como desquite por la molesta dominación autoritaria a la cual ellos mismos han estado sujetos.

7.10 CONSULTA INICIAL

Puesto que los pacientes generalmente está inquietos y pueden encontrar difícil hablar, incluso en las mejores circunstancias, el escenario debe ser tranquilo, privado y libre de interrupciones. Se le debe proporcionar al paciente un silla confortable. El Odontólogo debe presentarse e invitar al paciente a que se siente. Una actitud cortés, interesada, respetuosa, considerada y tolerante por parte del Odontólogo ayuda al paciente a sentirse cómodo. Se debe dar gran importancia al desarrollo de una buena relación, puesto que la relación determina en un alto grado la clase de información que el paciente da, y la interacción psicoterapéutica depende de la conexión establecida.

El Odontólogo debe evitar el aparentar que tiene prisa, puesto que una actitud así inhibe al paciente. Una actitud afectada, distante o fría y las manifestaciones de inquietud, enojo o indiferencia alienan al paciente. El Odontólogo

puede desarrollar empatía, intentando ponerse conscientemente en lugar del paciente. Necesita mantener su mente abierta y evitar colocar prematuramente al paciente en una categoría estereotipada.

Generalmente, la mejor manera de empezar la entrevista es preguntando al paciente por sus problemas principales que le han llevado al consultorio. Entonces, el paciente se puede sentir animado a contar la historia de su dolor presente en sus propias palabras. Demasiado a menudo, los pacientes se quejan a los Odontólogos de que los médicos no les permiten hablar libremente de lo que ellos consideran importante. El escuchar cuidadosa y perceptiblemente es un gran ingrediente de la entrevista.

Cuando el paciente tiene toda la atención del Odontólogo no se puede conseguir. Se pueden usar las explicaciones simples, el infundir confianza y el elogio para obtener información cuando el paciente necesita aliviar su ansiedad. Ayuda más el uso del lenguaje sencillo que el uso de términos técnicos para vencer las barreras de la comunicación. Sin embargo, el Odontólogo debe evitar el uso de la jerga o las palabras vulgares. se debe aceptar al paciente en los términos de sus propios valores éticos y morales. El Odontólogo debe evitar ser moralista, prejuicioso, dictatorial o punitivo. Debe crear una atmósfera de autoridad sin rigidez.

La expresión libre es un instrumento valioso. Con frecuencia, el paciente puede hablar mejor de sí mismo durante las primeras entrevistas que en las posteriores, cuando ha movilizado defensas y resistencias. El prestar adecuada atención por parte del Odontólogo disminuye el desarrollo de la ansiedad, que lleva a los bloqueos y los silencios.

Es altamente importante lo que la información obtenida significa para el paciente. Se debe seguir completamente los indicios que el paciente da. Cuando el significado no está claro para el Odontólogo está indicado preguntar contacto.

Son necesarias la flexibilidad y la individualización. La flexibilidad implica alterar técnicas para que se adapten al sujeto y adaptarse a un paciente en momentos diferentes. El debe introducir variaciones en la técnica que se adapten a su personalidad. Los psiquiatras que han aprendido un método específico de entrevista, generalmente se desvían un poco de él, aunque se ajusten al enfoque general.

7.11 INTERPRETACIÓN

La discusión de los problemas presentes da una oportunidad al Odontólogo de preguntar si ha habido problemas similares en el pasado. Este enfoque le da más información acerca del pasado y también le permite intuir los orígenes de las sensibilizaciones. Sin embargo, en el primer

contacto con el paciente se pueden evitar tratamientos traumáticos a lo sumo, darlos con la mayor precaución, a menos que el paciente inusitadamente proporcione fuertes pruebas en apoyarlos.

Hay que observar en qué circunstancias el paciente se siente peor y mejor. ¿Cómo afectan los síntomas al paciente? ¿Fluctúan de un día a otro? ¿De la mañana a la noche? ¿De una hora a otra hora? ¿Son afectados por el comer, el ejercicio, el trabajo u otras situaciones particulares? ¿Qué es lo que proporciona alivio temporal o de otro tipo? ¿Hay factores precipitantes conocidos, como la preocupación, accidentes, desengaños, disgustos, dificultades financieras u otras tensiones? ¿Tienen síntomas similares los familiares o amigos y qué sentimientos tiene el paciente hacia ellos y sus enfermedades? El objetivo de comprender y modificar los patrones desordenados debe tener prioridad, por encima de una clasificación descriptiva del paciente. La parte más significativa de un diagnóstico completo es una formulación dinámica de todo el problema.

Si el paciente muestra algún comportamiento social, el Odontólogo debe continuar con su actitud de trabajar y comprender; no debe perdonar o condenar. El paciente es propenso a retirarse si se le culpabiliza a él o a sus familiares. Se deben respetar sus defensas y opiniones. Se debe prestar atención tanto a las fuerzas como a los problemas del paciente. El Odontólogo debe

enfocar el material relevante para el tratamiento sea tan completa como sea posible.

7.12 TIPOS ESPECIALES DE CONSULTA

Hay que variar las técnicas de cita según las reacciones personales del paciente, el tipo y el grado de enfermedad y los objetivos del tratamiento se pueden usar en variados grados de permisividad y dirección. A menudo, la efectividad de la comunicación entre el operador y el paciente depende de lo apropiado que sea el enfoque que se utiliza. Por ejemplo, la firmeza puede estar indicada para el paciente evasivo, la suavidad para el hipersensible, la confianza para el ansioso en exceso y el preguntar de una forma activa para el pasivo.

7.13 CONSULTA NO DIRECTIVA

Este método subraya una actividad mínima por parte del Odontólogo. Cuando hay pausas, el Odontólogo repite las últimas palabras del paciente. Con demasiada frecuencia, el Odontólogo habla demasiado, expone sus propias ideas y filosofía e implanta sus propias ideas por medio de la sugestión. Cuando el doctor monopoliza gran parte del tiempo de la consulta el paciente no tiene oportunidad de expresarse el mismo.

Sin embargo, la escasa dirección deja en el paciente un sentimiento de abandono y es probable que produzca considerable ansiedad. Sólo un número

limitado de pacientes bien orientados e inteligentes parecen ser adecuados para un enfoque estrictamente no directivo. La mayor parte de pacientes necesitan la dirección de un entrevistador experimentado, y el intercambio verbal en alguna medida los estimula y los tranquiliza.

7.14 INTERCONSULTAS

El Odontólogo consultor debe discutir con el Odontólogo que le envía los problemas del paciente con el fin de obtener una descripción del problema y sobre qué desea el obtener Odontólogo tener una respuesta. Cuando el paciente está con una urgencia se debe decir información en el sitio donde se le realizado. Esta información será valiosa.

Aunque algunos pacientes son reacios a recibir un tratamiento odontólogos la mayor parte de ellos aceptan con agrado el tener una oportunidad de hablar de sus sentimientos y sus problemas personales. Es importante que él preserve la relación con su paciente, que emplee una gran discreción al responder a las preguntas del paciente y que ayuda a facilitar el tratamiento odontológico o quirúrgico. Cuando hay algún problema en el diagnóstico y en el tratamiento, es aconsejable generalmente tener más de una consulta, es aconsejable generalmente tener más de una consulta. Puesto que es necesario un intercambio de ideas además de una anotación en la

historia el Odontólogo debe discutir sus hallazgos con el Odontólogo que lo envía.

En una consulta en la que es necesario dar una opinión después de un tiempo de tratamiento y a menudo en una sola sesión, se requiere un enfoque más directivo que cuando se planea un contacto terapéutico a largo plazo. Por tal razón debe obtenerse tanta colaboración como sea posible, a menudo en una sola sesión. Se presentan entonces una mayor demanda de la capacidad perceptiva, sensibilidad y destreza del Odontólogo que durante una consulta más pausadas. Sin embargo, en general esas están faltas de profundidad de comprensión y valor terapéutico para el paciente.

7.15 ENTREVISTA-STRESS

Este tipo de entrevista, que pretende provocar emociones, tiene sus defensores y tiene un lugar en el arsenal de las técnicas de entrevistar.

La mayor parte de los pacientes sienten algún grado de ansiedad u otra emoción cuando hablan con el Odontólogo sobre sus problemas. Sin embargo, una ansiedad fuerte es probable que interfiera en el progreso de la consulta. Con su tacto y con una palabra de confianza o de encomio, a menudo el Odontólogo puede disminuir esa emoción para que el paciente pueda continuar con el tratamiento. Sin embargo, algunos pacientes son monótonamente repetitivos o muestran una emotividad insuficiente para la motivación. La apatía, la indiferencia y el embotamiento emocional no conducen a una

discusión de los problemas personales. En pacientes con dichas reacciones puede ser constructivo la estimulación emocional. Estos pacientes pueden requerir pruebas, desafíos o confrontaciones con el fin de despertar sentimientos que favorezcan el progreso en una mayor comprensión. Por ejemplo, la *belle indifférence* o el *historianismo* del histérico pueden convertirse en ansiedad para que el paciente experimente un malestar suficiente que le incite hablar de sus conflictos. El paciente que está usando un síntoma fóbico para evitar la ansiedad también puede ser despertado emocionalmente. Se debe enfrentar con sus evasiones, pero el Odontólogo debe hacerlo de una forma que comporte la comprensión de su dificultad para discutir problemas y para enfrentarse con la experiencia emocional. La poca profundidad emocional del paciente sociopático tiende a hacerse más evidente a medida que la entrevista progresa y falta la profundidad de sentimientos que oculta el histérico o el paciente fóbico. El sociópata requiere la confrontación los temas que él intenta evitar, con el objeto de explorar sus defensas manipuladoras en lugar de atacarles. El interrogatorio necesita tener un ambiente de apoyo emocional, con el fin de evitar que el paciente rompa el contacto con el entrevistador.

7.16 CONSULTA CON USO DE FÁRMACOS

El uso de fármacos es útil para facilitar la consulta en algunos pacientes que tienen

dificultades para expresarse libremente. Aunque se han usado muchos agentes, se ha demostrado que el isoamiletilbarbiturato (amital sódico) es el más valioso en general.

El fármaco se administra lentamente por vía intravenosa en una solución al 5% para producir un estado de relajación una pérdida de inhibiciones y las ganas de empezar pero sin provocar sueño o anestesia. La cantidad de fármaco requerida varía entre 0,2 g y 1, pero en general son suficientes 0,2 a 0,4 g. Primero se le pide al paciente que verbalice sus pensamientos, y después se le hacen preguntas que eluciden sus pensamientos fundamentales que han sido negados o reprimidos. Pudiéndose así realizar una buena inducción al tratamiento.

Un hombre de 35 años con fuertes ataques de ansiedad cuando está expuesto a alguna situación hostil o violenta era incapaz de relacionar sus síntomas con alguna situación incómoda de su vida pasada. Bajo la influencia del fármaco recordó que a la edad de 16 años había matado accidentalmente a otro chico en un combate de boxeo, y desde entonces había reaccionado fuertemente ante cualquier comportamiento violento implícito o real.

Es útil también para ayudar a distinguir entre las enfermedades psicogénicas o las determinadas estructuralmente. Por lo general, los síntomas acompañantes de las reacciones histéricas o

psicofisiológicas se alivian completamente o en gran manera, pero no se influyen ni se acentúan los relacionados con la patología orgánica. Durante las entrevistas, los síntomas psicofisiológicos que acompañan a trastornos como el asma, la hipertensión y la migraña se manifiestan cuando se discuten los conflictos emocionales, y desaparecen cuando se cambia a un tema neutro.

El examen con fármacos no se debe realizar con pacientes reticentes o con los que tienen una enfermedad física grave. Se debe tener precaución con aquellos pacientes que tienen reacciones paranoides y con los que parecen estar al borde de la psicosis para no aumentar los síntomas o precipitar una psicosis evidente. A veces, las psicosis latentes insospechadas pueden revelarse por el desarrollo de síntomas psicóticos. Una paciente que se consideró que tenía una neurosis desarrolló ilusiones y alucinaciones transitorias mientras estaba bajo la influencia del fármaco. Con más interrogatorio se descubrió que varios años antes había tenido una psicosis, requiriendo varios meses de hospitalización. Se puede facilitar la relación con pacientes psicóticos mudos o retraídos. Un paciente esquizofrénico que no había hablado durante varias semanas pudo verbalizar sus pensamientos y sentimientos y continuó haciéndolo después que los efectos del fármaco hubieran pasado.

7.17 CONSULTA CON USO DE LA HIPNOSIS

Como en las consultas en que se usan fármacos, la hipnosis puede ser de gran valor. La receptividad para suscitar los problemas personales es similar a la inducida por los fármacos. El amital sodio intravenoso crea un estado mental que se considera como un estado hipnótico inducido químicamente. Dado que hay variaciones considerables en la capacidad de ser hipnotizado y en la profundidad de la hipnosis conseguida, los fármacos permiten una mayor exactitud en alcanzar y mantener el nivel deseado del tratamiento. Hay más pacientes dispuestos a aceptar el uso de un fármaco por causa de los muchos conceptos erróneos y prejuicios contra la hipnosis.

Durante la hipnosis se debe animar al paciente pero no forzarlo agresivamente para que se deje trabajar.

7.18 CONSULTA CON PACIENTES ANSIOSOS

En los pacientes con ataques de ansiedad se debe prestar atención sobre qué pensamientos y qué presiones ambientales precipitan o aumentan la ansiedad. Cuando las tensiones no son evidentes, puede ser necesaria una investigación cuidadosa prolongada para elucidar las fuentes de la emoción. Las fuerzas represivas o supresoras deben ser vencidas gradualmente, y se debe hacer un análisis de las situaciones comunes que suscitan los sentimientos. Es posible que los estímulos originales hayan sido aplicados simbólicamente a

situaciones posteriores, y se necesita mucho tiempo y paciencia para desenredar las complicadas elaboraciones que se hayan desarrollado. La revivificación de los mecanismos inconscientes por medio de técnicas como la asociación libre, el análisis de los sueños, el hipoanálisis y el narcoanálisis eventualmente pueden dar como resultado unas comprensiones definitivas. Mas que un solo acontecimiento traumático, los factores endógenos y una serie de circunstancias exógenas son responsables en general de la enfermedad.

Frecuentemente, sólo son evidente vagos sentimientos de aprensión a los acompañamientos corporales de la ansiedad. En tales casos, puede ser que se haya reprimido la emoción dolorosa, pero puede ser que siga funcionando en el inconsciente, produciendo reacciones somáticas sin ansiedad evidente. Puede ser necesario el contacto prolongado con el paciente e incluso un tratamiento intensivo para clarificar la base de la reacción.

7.19 CONSULTA CON PACIENTES QUE MUESTRAN SÍNTOMAS PSICOFISIOLÓGICOS

Los síntomas psicofisiológicos se presentan en una amplia variedad de síndromes clínicos, tanto si la enfermedad es principalmente estructural, como psicológica o psicofisiológica. Esos síntomas pueden estar relacionados lo mismo con emociones evidentes como con emociones escondidas. El estudio cuidadoso de las correlaciones entre

tensiones, sentimientos resultantes y los síntomas corporales conducen a una comprensión de los mecanismos. Pueden tener lugar en cualquier órgano y frecuentemente afectan a una parte del cuerpo que está enferma en la actualidad o había estado enferma anteriormente.

Cuando se desconoce la coincidencia temporal de la tensión, las emociones y las reacciones fisiológicas, es útil lograr la ayuda del paciente como colaborador. Se le puede pedir que busque posibles relaciones observándose día a día, y que las exponga en las consultas posteriores.

Una mujer de mediana edad era ansiosa, dependiente y se enojaba. Se quejaba de palpitaciones que no podía relacionar con situaciones de su vida. Se comprobó que tenía hipertensión, taquicardia y extrasístoles ventriculares. Durante una entrevista en la que se tomó continuamente un electrocardiograma, tenía frecuentes extrasístoles cuando mostraba ansiedad y agitación mientras se hablaba de su embarazo ilegítimo, y su incapacidad para mantenerse ella misma y el miedo de que su hijo pudiera abandonarla. Cuando el médico la tranquilizaba y se sentía sosegada y a gusto, las extrasístoles disminuían considerablemente o desaparecían por completo. Después de tres meses de psicoterapia no se registró ninguna extrasístole en el electrocardiograma en otra entrevista experimental y en la conversación sobre temas conflictivos. Tras otros tres meses, su ritmo cardíaco y su presión sanguínea se normalizaron,

sus palpaciones desaparecieron y su rendimiento en una prueba de tolerancia al ejercicio mejoró en gran manera.

7.20 ENTREVISTA CON PACIENTES DEPRIMIDOS

Los pacientes deprimidos tienen cortos espacios de atención han tener consultas relativamente breves. Su tendencia a repetir de un modo destructivo y de atudodesprecio puede requerir la interrupción activa por parte del Odontólogo. Muchos pacientes con enfermedades depresivas no hacen exposiciones claras del trastorno del estado de ánimo. En lugar de ello, expresan sus enfermedades por medio de quejas físicas o síntomas, como el insomnio, cambios diurnos en los sentimientos, irritabilidad y dificultad en concentrarse. La clarificación de la naturaleza afectiva del desorden puede ser confirmada al obtener expresiones de inutilidad, de desesperanza, de autodesprecio, de vergüenza y de hostilidad débilmente velada.

Se debe investigar la posibilidad del suicidio. Se puede preguntar al paciente sobre su interés por la vida, si la vida le parece que vale la pena vivirla, si ha tenido pensamientos de muerte o de quitarse la vida. Si han habido intentos o pensamientos suicidas, ha de hacerse preguntas sobre lo que él piensa de las reacciones de los demás ante esos intentos o ante su muerte y por qué medio se hubiera suicidado.

Puesto que la muerte es un tema tópico y sensible, el Odontólogo puede escoger tema que al hablar de ello haya un aumento de la ansiedad, de la depresión o de la preocupación suicida de su paciente. Por tanto, puede que evite hablar abiertamente de ello. Pero si las preguntas sobre el suicidio se hace con tacto, no molestan y no acrecentan las ideas de suicidio. Por el contrario, muchos pacientes se sienten aliviados al poder hablar con un confidente sobre tales pensamientos. Las expresiones verbales pueden disminuir la necesidad de tomar la acción. Las palabras de confianza, como una declaración de que muchas personas consideran frecuentemente la muerte como una posible solución a los problemas emocionales, puede ayudar a que el paciente sienta que no es tan diferente de las demás personas. Los pacientes con una enfermedad incurable o pacientes moribundos pueden tener algún grado de depresión. Muchos que saben que van a morir permanecen relativamente alegres y quieren sacar el máximo partido del tiempo que les queda. Otros muestran una inquietud y una depresión considerable. El suicidio es especialmente común en los enfermos crónicos. Los Odontólogos y demás médicos se han guardado de evitar cualquier conversación sobre la muerte. El Odontólogo puede preguntar al paciente cómo se siente con respecto a su enfermedad y dejarle que hable sobre la muerte si lo desea, pero no debe hacer de la muerte. El Odontólogo sensible recoge indicios sobre el cuándo, cómo y qué necesita saber el paciente.

7.21 ENTREVISTA CON PACIENTES DELIRANTES

El Odontólogo debe mostrar interés, comprensión y receptividad. Debe intentar demostrar que se da cuenta de que el paciente está expresando sus pensamientos y sentimientos con un significado importante, aunque el significado puede que no esté claro por el momento. Puesto que el Odontólogo debe representar para el paciente una persona basada firmemente en la realidad, no debe aprobar las convicciones delirantes del paciente. No debe estar de acuerdo con el paciente no contradecirle. En todo caso, debe intentar descubrir más cosas acerca de la naturaleza de los pensamientos delirantes y quién piensa el paciente que es el responsable de ellos. Una actitud escéptica puede ayudar a que surjan dudas en la mente del paciente, y eventualmente puede que le lleve a una comprensión de las convicciones delirantes como una consecuencia irracional de sus conflictos y males.

7.22 ENTREVISTA CON PACIENTES RETRAIDOS

Si un paciente está absorto en su mundo interior de fantasía y es incapaz de hablar espontáneamente de sus sentimientos, el Odontólogo debe ser activo al hacer preguntas. Debe prestar gran atención las reacciones del paciente y debe cambiar el tema cuando hay una dificultad para discutir ciertas áreas de conflicto. El pasar a temas que son menos incómodos ayuda al paciente a aceptar al Odontólogo y prepara el camino para el

establecimiento de la conexión, que puede ser usada después para tratar temas que han sido evitados inicialmente. En el retraimiento extremo, tal como se observa en pacientes con estupor catatónico y depresión profunda, ha de haber visitas frecuentes y breves. Cuando no hay respuesta a las preguntas sobre los sentimientos del paciente, el Odontólogo puede mostrar un interés en hablar más tarde con el paciente y explicar de una manera efectiva que está disponible para cuando el paciente esté dispuesto a comunicarse con él. Los pacientes mudos pueden ser muy conscientes de una manera perspicaz de lo que está ocurriendo, por eso se debe ejercer gran cuidado para evitar decirle algo o decir algo a los demás sobre él en su presencia que pueda contrariarlo y además alienarlo.

VIII LA BOCA Y EL DESARROLLO PSICOLÓGICO

Para algunas personas, la mayor incidencia de la ansiedad se manifiesta en la cavidad oral. Una serie de acciones, como empujes de la lengua hacia delante, movimientos rítmicos de la mandíbula o el acto de pasarse la lengua por los labios, se realizan en momentos de tensión y de indecisión, no sólo en los seres humanos sino también en animales.

La pérdida del primer diente de leche en el niño, representa una amenaza a su integridad física. Se le consuela con la promesa de que hay una madre más poderosa que vela por él y que le dará una recompensa una vez el niño se haya acostado con el diente debajo de la almohada. También se le conforta diciéndole que otro diente crecerá en el hueco correspondiente al que se ha desprendido. Otras persona se consuelan con la ayuda que el periodoncista les ofrece para conservar sus dientes.

Las mujeres de mediana edad llenan los consultorios de los dentistas con la idea mágica y obsesiva de que el envejecimiento y la muerte pueden ser detenidos por el dentista, al cual se considera capaz de restablecer la apariencia de la juventud.

Muchos dentistas se sorprenden continuamente de encontrarse con pacientes que queden desilusionados por haber acudido a ellos con expectativas poco realistas.

Junto con los genitales y el ano, la cavidad oral es una zona primaria de placer para el ser humano. Para el niño no existe ninguna diferencia entre el amor y el acto de la alimentación. A medida que va creciendo, descubre que la boca ayuda a conseguir afecto, amistad, amor y placer, de carácter cariñoso o sexual, mediante sonrisas, expresiones de aprobación, de interés, de determinación o de pasividad, palabras y sonidos benignos e incluso un mordisqueo suave. La cultura thai concede una gran importancia al hecho de sonreír continuamente como lubricante para las relaciones sociales. El autor descubrió en sí mismo una cierta ansiedad en presencia de internos en psiquiatría de origen coreano y suizo, y observó que ello se debía a que sus rostros tenían una expresión de continua severidad y desaprobación.

De este modo, la boca y sus expresiones pueden causar un distanciamiento emocional y la pérdida de amigos, afecto, ternura y placer mediante una inclinación hacia abajo de las comisuras de los labios o una elevación del labio superior, que se interpreta como arrogancia, desprecio, desaprobación y desamparo, o mediante palabras mordaces, un tono de rabia o de impaciencia o suspiros de autocompasión equivalentes a considerarse a sí mismo una víctima.

Las transacciones interpersonales facilitan y frustran constantemente las funciones bucales. Como resultado de experiencias interpersonales, pueden desarrollarse un gusto de gourmet y un alto nivel de verbalización y comunicación, con expresión emocional o no.

La boca es el mejor defendido de los orificios corporales. Posee no sólo un portal exterior (los músculos orbicularis oris), sino también una puerta interior (los dientes) y un puente levadizo que funciona desde el nacimiento (la lengua, totalmente madura).

Bonnard y Todes defiende que la lengua, con su aportación directa de nervios craneales, es el operador singular que posee la mayor variedad de habilidades de entre todos los órganos musculares y otras partes del cuerpo. Así mismo, su área de representación en el córtex del cerebro humano es enorme en relación con la del resto del cuerpo. La lengua es capaz de discriminar, cambiando de forma y de posición, por medio de la presión contra otros elementos de la cavidad oral (los labios y, más tarde, los dientes). y establece los nuevos límites de los objetos externos en relación con la cavidad oral y, al hacerlo establece la parte exterior del Yo.

Más tarde, al avanzar la lengua y al lamerse los labios son hechos que reafirman los límites exteriores de la cabeza. Apretar o hacer rechinar los dientes, así como ciertos movimientos de la

mandíbula también inputs sensoriales y propioceptivos que contribuyen a contrarrestar la pérdida del sentido de identidad durante un estado de ansiedad aguda.

La lengua ocupa una posición media que también es importante para el equilibrio. En general, se tiene conciencia de las sensaciones táctiles evocadas como si éstas procedieran de la parte tocada, y no de la lengua, que es la que está tocando activamente.

En el niño pequeño la lengua se mueve con exactitud y versatilidad de apreciación, mucho antes de que cualquier otra parte del cuerpo sea capaz de hacerlo, y contribuye a que el niño se dé cuenta de que, además de una superficie interior, posee una superficie exterior para explorar. Bonnard cree que la lengua actúa como puente sensorial, que conduce desde el interior de un Yo en desarrollo a la experiencia de los objetos exteriores. Su función física es la de mediador en un progreso de maduración que va desde el narcicismo primario al secundario. Una consciencia esclarecedora de la fuente periódica de intrusiones en la boca, preferiblemente las deseables y aprovechadas por la lengua, puede proporcionar un importante prototipo para la catexia objetal.

Freud calificó a la boca, durante la infancia, de zona erotegénica. La succión es la manifestación más precoz de sexualidad infantil. Abrahán

describió el estadio oral del desarrollo según dos fases (la primera, de incorporación y succión; la segunda, de mordisqueo) alrededor de las cuales se desarrolla la ambivalencia del niño para con los objetos. Al desarrollar el tema del sadismo oral, Freud otorgó mayor importancia al impulso agresivo, el cual, hasta el momento, no había sido definido tan claramente como el impulso libinidal.

Erikson caracterizó las experiencias orales más tempranas del niño como lo más importante en el desarrollo de la confianza básica, la cual surge dirigida al objeto, que suele ser la madre, y permanece como un sello de carácter para la persona en todas las relaciones subsiguientes.

En los propios historiales de numerosos dentistas encontramos madres dominantes y controladoras que exigían conformidad y sumisión como pago a su afecto. Los padres eran distantes, autoritarios, autocompasivos y perfeccionistas. Tanto el padre como la madre desalentaban la afirmación verbal mediante muestras de enojo o de profundo sufrimiento. Los dentistas se conducen con un mínimo de ansiedad en un marco que desalienta la afirmación por parte del paciente y que, de hecho, suprime su capacidad de verbalizar. A menudo, la capacidad del dentista para imponerse a su esposa es nula, excepto en ocasión de estados de ánimo de gran ira o de profundo sufrimiento. Muchos hombres atraídos a esta profesión habían tenido problemas relacionados con la alimentación. Desarrollaban una sensibilidad especial para con la comida y,

más tarde, gustos de KC,. Encerrados en indefensas relaciones de dependencia con sus esposas, desarrollaban defensas tales como el distanciamiento, el aislamiento de sentimientos, la dedicación absoluta al trabajo y la dilución de esas relaciones al mantener otras con otras mujeres para contrarrestar sus sentimientos de desamparo y la desconfianza de sus esposas.

Spitz describió la boca como la cuna de la percepción, y la cavidad oral, como un receptor especial que actúa tanto hacia dentro como hacia fuera, como interoceptor y exteroceptor, y, como tal, constituye un puente desde el interior al exterior y una manera de integrar y explorar el mundo externo. Al nacer, el niño posee la capacidad de experimentar estados de placer y displacer, como el hambre y el dolor. En este estado de indefensión, en el que el niño gira alrededor de sus propias sensaciones, la madre le sirve de mediadora, proporcionándole comida y actuando al mismo tiempo como auxiliar de su Yo en desarrollo. El sentido de Yo y de no Yo interno y externo que se desarrolla a partir de sensaciones localizadas alrededor de la boca y de los ojos se asocia a la madre como parte del cuadro cada vez mayor del mundo exterior. La lengua, los labios y las mejillas tienen importancia por ser las primeras superficies utilizadas en la percepción y en la exploración táctiles. Son particularmente adecuados a este propósito ya que, en un sólo órgano, la cavidad bucal, están representados los sentidos del tacto, el gusto, la temperatura, el

dolor y la sensibilidad profunda. La percepción tiene una cualidad táctil, y llega a asociarse con la percepción visual al desarrollar la sensación de un objeto determinado.

Se ha dicho, que sin dientes, el niño es pasivo, un simple receptor del pezón. ¿Cómo se explica entonces el papel de la lengua en el niño marasmático que, mucho antes de la erupción de los dientes puede utilizar la lengua y los labios fruncidos para rechazar el pezón?. Resulta simplista afirmar que la agresión se hace posible sólo a partir de la aparición de los dientes. Es cierto que se puede conseguir un mejor apoyo en el pezón cuando los dientes pueden asirse a él. Sin embargo, la cooperación de la lengua es necesaria para establecer un conducto para el paso de la comida y para que sea posible el acto primitivo de la succión;; la lengua ejerce presión sobre el paladar con el pezón entre ambos. En este caso, un niño puede mostrar agresión utilizando la lengua para rechazar a la persona que el alimenta y, si no lo consigue con la lengua, el niño puede recurrir a un reflejo de vómito, con el fin de ejercer un control. También se dice que el acto del destete es iniciado por la incomodidad que experimenta la madre al ser mordida por el niño.

La conducta agresiva puede estar asociada con el desposeimiento y, posiblemente, con la pérdida consiguientes de acciones asociadas, como abrazos, arrullos y caricias.

Muchos dentistas manifiestan haber tenido interacción táctil con sus madres. Es posible que algunas madres interrumpan los inputs verbales y táctiles necesarios para los sentimientos de seguridad, de calor y de bienestar del niño cuando se suprime el pecho o el biberón. Algunas madres se sienten tan incómodas al tocar a sus hijos que se niegan a darles el pecho, y nunca sostienen al niño, sino que colocan el biberón de tal modo que no necesiten establecer contacto. Muchos problemas en las vidas de algunos profesionales están basados en el mal entendimiento de respuestas afectivas ofrecidas o requeridas por sus cónyuges. Muy a menudo, el hecho de tocar se asocia únicamente con un requerimiento sexual. En sus consultorios, los dentistas pueden racionalizar la necesidad que sienten de tocar a sus pacientes para obtener ciertos calor y cierta confianza pensando: "Se sienten mejor si les toco".

La lactancia, además de satisfacer el apetito del niño, tiene una función repetitiva en la que éste aprende a reconocer la privación y la gratificación. Más importante aún es que la lactancia tiene una función de realidad; vincular al niño cada vez más con el mundo exterior.

Se ha establecido una distinción primaria relativa a la forma que adopta la lactancia, desde una reacción puramente pasiva y tórpidas a una actividad de los maxilares activa y claramente agresiva. Durante el amamantar se producen algunos movimientos peculiares de cuerpo (una lenta

extensión y flexión de las extremidades superiores e inferiores, un encorvamiento de las piernas y una tensión hacia arriba de los dedos de los pies), movimientos que en una etapa posterior de la vida se observan durante la masturbación en posición supina, en la misma posición durante un beso entre amantes y en los estados de desasosiego producido por la privación en los adictos a la droga.

Durante el estadio oral del desarrollo, el amor y la agresión se funden y se dirigen a un sólo objeto. Una tensión interna, el hambre, es tratada con agresividad mediante movimientos musculares dirigidos a la incorporación de lo que finalmente demuestra ser un objeto exterior. El hecho de la gratificación convierte a dicho objeto en un objeto de amor.

Una de las formas de expresión de la boca es el rechazo, ya sea mediante el vómito o mediante el acto de rehusar el pecho. Ambas formas pueden expresar ambivalencia hacia el objeto. Las diferencias en actividad de los maxilares desde el nacimiento sugieren que, en la primera etapa, existen fuertes disposiciones que contribuyen a determinar el grado posterior de ambivalencia. La frustración a determinar el grado posterior de ambivalencia. La frustración de las zonas orales desde el exterior conduce a un mayor interés en otras zonas del cuerpo, como el pene.

En el carácter neurótico oral hay dos tendencias

principales en las que la gratificación es la "cosa" misma: aquellas actividades asociadas al Yo o al objeto, y aquellas en que la gratificación se obtiene mediante una presentación verbal. El sádico oral adopta un lenguaje incisivo para devorar a su víctima; un sarcasmo es mordiente, y sazona su conversación con un ingenio corrosivo y una lengua aguda. Los tipos menos agresivos rumian la reflexión, y aquellos todavía más pasivos prefieren beber el destilado de la sabiduría.

En todas las gratificaciones se puede establecer una distinción respecto de que la satisfacción sea de objetivos activos o pasivos. Estos objetivos caracterizan, respectivamente, al mordedor y al chupador. Se pueden adivinar los objetivos de la persona (morder o chupar) si se estudian las boquillas de las pipas, los restos de lápices, la preferencia por alimentos duros o blandos, el ruido que se hace al sorber, de forma intensa o suave, la sopa u otro líquido a través de una caña. La experiencia vital de la persona puede alentar o frustrar estos objetivos.

Se dice que una necesidad exagerada de alcohol, de dulces, de comida en general y de masticar son características de un carácter oral. Dicho carácter tiene una tolerancia de frustración baja y necesita seguridad y satisfacción de forma regular.

Las expresiones faciales pueden revelar el carácter. El héroe macho de la ficción americana,

ya sea el vaquero o el miembro de la Policía Montada del Canadá, o Popeye, está dotado de una mandíbula firme y excesivamente grande. Denota decisión oral, en contraste con la persona bella, de mandíbula suave y labios esponjosos, de la sociedad elegante. Las diversas formas de mover los labios, de fruncirlos, de entreabrirlos, sus líneas suaves o firmes, los labios humedecidos o temblorosos, todos ellos constituyen indicios para el descubrimiento de satisfacciones, frustraciones y objetivos de carácter infantil.

8.1. LA BOCA COMO ESPACIO INTERNO

Un intento de penetrar en cualquier orificio del cuerpo de otra persona sin el consentimiento o la cooperación de ésta produce sentimientos de pánico, impotencia e ira. Un número sorprendentemente alto de dentistas, incapaces de conseguir la cooperación de un paciente infantil, lo dominan por la fuerza y obtienen el beneficio inmediato de llevar a cabo la labor necesaria y la pérdida, a largo plazo, de un paciente desconfiado.

La intrusión por parte de cualquiera en las propias necesidades de espacio produce sentimientos similares, aunque nunca con el mismo grado de intensidad.

Inténtese poner un objeto indeseado en la boca, inténtese acariciar a una mujer sin su cooperación, poner una enema a un niño o hacer que

un paciente dental mantenga la boca abierta cuando desconfía del dentista; en todos estos casos se producirá una intensa reacción de evitación. La supervivencia de una especie depende de la protección cuidadosa del espacio interior y, por ello, el juicio y el instinto determinan cuándo el anillo de músculos que guarda dichos espacios debe relajarse para permitir la entrada.

De la misma forma que la violación del espacio interior (boca, vagina, ano) es acompañada por el pánico más intenso que un ser humano pueda sufrir, así una intrusión permitida o deseada en estos espacios internos produce las sensaciones de placer más intensas que un ser humano pueda experimentar. Los patrones de inhibición producen tanta ansiedad, temor al castigo, miedo a la desaprobación y al abandono, pérdida de la imagen del Yo, sentimientos de vulnerabilidad o de aversión, que las sensaciones placenteras se ven bloqueadas por la reacción de emergencia (Cannon) cuando se intenta llevar a cabo la actividad que se persigue.

El niño nunca se muestra pasivo en lo que se refiere a la intrusión en la boca. La penetración en cualquier espacio del cuerpo no es nunca un hecho pasivo. Una vez pasados los músculos circulares y los masticatorios, la lengua (¿sede del Yo en el niño pequeño?) coopera activamente o rechaza al intruso. El niño que advierte la ansiedad y la hostilidad de una madre impacientes intenta repeler al invasor. El niño que advierte

cariño y ternura coopera con la persona que le alimenta. El mismo mecanismo opera en los adultos. Independientemente de la relación de cortesía y cooperación que pueda establecerse entre el paciente y el dentista, la lengua responde a sensaciones de ansiedad y de ira cuando el paciente siente que su dentista está impaciente o que es deshumanizado y descuidado. "mantenga su lengua apartada" es una orden imposible de cumplir para un pacientes que responda a estos sentimientos.

En el lactante, la lengua, que es un órgano ya maduro, afirma un control voluntario e involuntario sobre aquellos otros que se relacionan con la boca, el órgano más utilizado en los contactos interpersonales. La mano del niño pequeño es capaz de agarrar, pero no ha desarrollado aún la habilidad de rechazar al objeto agobiante o desagradable, a no ser mediante empujones más o menos accidentales y poco efectivos. La lengua, por el contrario, está dotada de muchos sentidos: la temperatura, el dolor, la sensación profunda, el tacto y el gusto. Está sometida a un control tanto voluntario como involuntario, como en las respuestas autonómicas de nauseas y vómito. La respuesta primitiva de succión, con la lengua ejerciendo un empuje hacia arriba y hacia adelante, se repite durante toda la vida de la persona en el acto de bruxismo. El bruxismo y la acción de apretar los dientes son problemas sólo cuando se producen un aumento de intensidad y el daño consiguiente a las

estructuras sustentadoras de los dientes. En el adulto, se puede pasar la lengua por los labios con una movimientos de ansiedad o con un movimiento lento y lascivo.

Existe el tipo de madres violadora que fuerza la entrada en la boca de su hijo y que pugna con la lengua, de forma muy parecida al dentista que intenta dominar la lengua de sus pacientes.

Es posible que un adulto recuerde alguna ocasión en a que su lengua rechazase un bolo de alimentos deliciosamente preparados o colaborase en producir algún tipo de nausea cuando un camarero se mostraba desagradable, impaciente o incluso mecánico. El niño pequeño necesita los importantes inputs sensoriales y propioceptivos de los actos de acariciarle, arrullarlo y sostenerlo con cariño y ternura a fin de que su lengua inicie la succión y siga adelante con la acción de tragar. El adulto necesita los mismos inputs, pero puede aceptar sustitutivos simbólicos tales como el cariño expresado por el tono de voz. Así, cualquier intrusión en la boca de una persona de cualquier edad exige toda una serie de otros estímulos por parte del intruso, destinados a disminuir el nivel de ansiedad en la persona que está siendo invadida, y que exciten su apetito y su cooperación.

El intruso violador (narcisista, impaciente, hostil, y controlador) desalienta cualquier tipo de esfuerzo de autofirmación por parte del niño.

Se desalienta totalmente el uso de la boca y de la lengua para comunicar ideas y sentimientos de oposición, se programa un sí automático y el niño es tratado como una extensión de la persona que le sirve de madres. A pesar de una falta completa de autonomía, la lengua y sólo ella, conserva su omnipotencia infantil y su capacidad para ejercer control.

Este niño tiene problemas con la comida. Esta afirmación ofrece un indicio importante acerca de la naturaleza de las transacciones interpersonales entre la madre y el niño. Este se encuentra acorralado cuando se ve obligado a hacer uso de la lengua, para expresar su desafío a su madre.

8.2. EMPUJE CON LA TERNURA, PRESIÓN CON LOS DIENTES Y BRUXISMO.

Durante el sueño se producen una pauta de conductas regresiva que pueden no ser suficientemente intensas como para que los demás las adviertan. El bruxismo (que consiste en hacer rechinar los dientes durante la noche) puede ser a veces lo bastante agudo como para que lo oigan otras personas. Las personas que forman escasas relaciones de dependencia y que sienten miedo e irritación por la cualidad cerrada de las relaciones ya establecidas tienden a sentir pánico cuando se produce la amenaza de separación de una persona importante para ellas. Un grave bruxismo puede producirse durante el período de separación. Es posible que una mujer acuda a su sesión de

terapia y diga: "Vaya, debo hacer estado haciendo rechinar los dientes toda la noche, porque mis maxilares están agarrotados y me duelen. Apenas puedo abrir la boca. Los síntomas desaparecerían en el momento en que el marido regresara de un viaje de negocios.

En el bruxismo se repite el empuje del maxilar y de la lengua que realiza el niño pequeño durante el acto de la succión cuando la lengua ejerce presión sobre el pezón contra el paladar. De la misma manera que los sueños reflejan deseos y conflictos emocionales, el bruxismo puede reflejar el deseo de revivir el momento dorado de la obtención de una atención total por parte de la persona que desempeña el papel de madre. El movimiento rítmico de lengua y mandíbula puede constituir un vínculo con los recuerdos emocionales de ser sostenido, acariciando y arrullado, un vínculo con un sentimiento de seguridad total.

El empuje con la lengua y los movimientos laterales y hacia fuera de la mandíbula pueden darse en esquizofrénicos regresivos y en algunos niños aquejados de parálisis cerebral. Algunos pacientes esquizofrénicos no pueden dormirse sin haber ejecutado un ritual determinado consistente en ejercer presión con la lengua sobre la superficie lingual de los dientes superiores de una manera rítmica durante períodos variables.

En momentos de tensión, muchas personas llevan a

cabo contracciones rítmicas inconscientes de sus músculo masticatorios mientras los dientes permanecen apretados. Los latidos de la vena de la frente no son el único indicio de que una persona atraviesa un momento de tensión.

Moulton creía que el bruxismo es una expresión de ira. El autor cree que dicha acción constituye una nueva representación, en un momento en que se siente la amenaza de una separación emocional de la persona que realiza la función de madre o que sustituye a ésta, del drama infantil de la posesión exclusiva de la madre y de los cuidados también exclusivos por parte de ésta.

Las gratificaciones orales también son perseguidas durante el día; el empuje con la lengua, la bruxomanía (consistente en hacer rechinar los dientes durante el día), el apretar los dientes, morder y chupar objetos, comer, fumar, la conducta sexual oral. Quizás éstas sean formas de protección contra el trauma que nunca se soporta totalmente, el tener que valerse por uno mismo.

En épocas de tensión aguda se producen trastornos en la imagen corporal. Se hace menos claro donde termina la persona y dónde empieza el mundo exterior. Una disminución de la autoestima también afecta a la imagen corporal. Una persona temerosa de la desaprobación de una figura de autoridad dirá, "Me sentí como si midiera medio palmo". En momentos de tensión es difícil pensar, de manera que el "pienso luego existo" puede convertirse en

"aprieto, luego existo; muerdo, luego existo" (aprieto las manos, objetos, los dientes). Las fronteras del cuerpo pueden hacerse más difusas debido al pánico, y la presión proporcionar inputs sensoriales y propioceptivos que constituyen un remedio. Un cierto sentimiento de alivio proviene del acto de hacer que los propios dientes se toquen, sabiendo exactamente cómo se ajustan entre sí. El apretar los dientes ayuda a que la persona ansiosa tenga conciencia de que su cabeza está ahí.

Un grave problema se plantea cuando el dentista cree que debe cambiar la forma habitual de cerrar la boca del paciente por otra que alivie la oclusión defectuosa. Si equilibra rápidamente la oclusión en un paciente que sufre ansiedad aguda, puede provocar una psicosis. Un paciente que volvió a su casa después de un rápido equilibrado de la oclusión quedó horrorizado al ver que sus labios se habían hinchado hasta adquirir el tamaño de los que desarrollan voluntariamente algunos africanos, y permaneció recluido durante seis meses.

En resumen, muchas actividades bucales vigentes en la vida adulta tienen objetivos interpersonales similares a los que se expresan en la infancia. Pueden resultar intensificadas en gran manera cuando existe la amenaza de perder un objeto de dependencia. La succión y el cariño y el cuidado simbólicos procedentes de una fuente materna, el rechazo de una figura materna dominadora, el

agarrarse al pecho perdido, chupar o morder el pecho o algún sustitutivo corporal y la manipulación y el control de una figura materna pueden ser expresados por actividades bucales adultas.

8.3. SEXUALIDAD ORAL Y SIMBOLISMO

Los temores de castración han sido simbolizados por la vagina dentada, la imagen mítica de una vagina con dientes. Es paradójico que algunos hombres que sienten fobia por las mujeres controladoras y castradoras se sientan más potentes cuando confían su suerte a la boca, plena de dientes, de una mujer. Es posible que un deseo oculto de castración, un papel pasivo, una evitación de la responsabilidad masculina y de la competencia sean responsables de esta confusión entre boca y vagina.

Soñar que se pierden los dientes parece estar relacionado con la separación emocional de las figuras sustentadoras en la vida del paciente.

Como se ha señalado anteriormente, los hombres a los que se admira poseen expresiones de boca decididas, con los labios firmemente apretados. Las mujeres con la misma expresión son consideradas agresivas. El simbolismo popular retracta a las mujeres viejas y poderosas (brujas) con bocas anchas, torcidas, llenas de saliva, lascivas, con dientes escasos pero sólidos. Los hombres viejos y poderosos (los magos) son

representados con los labios firmes y apretados de los hombres jóvenes y decididos. Lo que se considera deseable y, por tanto, no amenazador en una mujer es una expresión gentil, con los labios entreabiertos, sugiriendo aceptación pero no exigencia, y un aspecto maravillado y virginal.

El desplazamiento hacia arriba (anal y genital) puede afectar al paciente en cuya boca lleva a cabo su intrusión el dentista. Lo mismo puede aplicarse al dentista. "Me gusta tener los dedos en la boca de algunos pacientes", decía un dentista. Los tejidos son suaves y húmedos y los labios producen una sensación agradable. Durante el trabajo, la manifestación de impulsos e imágenes sexuales serían amenazantes y desorganizadora.

8.4. ODONTÓLOGOS

Cuando a estudiantes de odontología, que en un principio habían preparado para ejercer la medicina general, se les pregunta porqué no han entrado en la facultad de medicina, muchos responden. No quería tener la responsabilidad de vida o muerte que tiene el médico. ¿Cómo puede una persona desarrollarse hasta el punto de que cualquier afición o desengaño provoca en él una destrucción de la autoestima? Todo lo que cuenta es el éxito, y los esfuerzos valientes que no acaban en éxito no tiene ningún valor. Un sistema de seguridades basado en resultados predictibles, donde todo ocupe un lugar determinad de manera

ritual, exige una profesión como la odontología.

Muchos odontólogos y estudiantes padecen depresión, llevan vidas anhedónicas y se relacionan con los demás de una forma distanciada e incómoda. Los esfuerzos realizados para llevar a cabo una terapia de grupo con un grupo formado sólo por odontólogos resultaron en peleas constantes, irritación, distanciamiento, continuas humillaciones a los demás, falta de reacciones positivas (retracción), dificultad para escucharse mutuamente, jactancia, grave competitividad para atraer la atención del terapeuta y del grupo, poca relación a cualquier nivel de sentimientos con excepción de la ira y la envidia, poco interés en hablar excepto en lo referente a situaciones y problemas de trabajo y, finalmente, grandes colecciones de injusticias experimentadas en sus relaciones con mujeres. Los mismos hombres realizaron mayores progresos en la terapia individual.

El odontólogo se enfrenta a numerosas tensiones emocionales en su jornada profesional. Su actuación debe ser perfecta o, de lo contrario, se sentirá inútil y deprimido. Debe ganarse la aprobación y el reconocimiento personal de su valía por parte de todos sus pacientes. La práctica de la odontología no conduce a un desarrollo de la autoestima. La mayoría de los pacientes dicen: "No quiero estar aquí, o bien, odio a los dentistas. El dentista como hombre inseguro que es, necesita recibir elogios. Aburre

a sus pacientes con la descripción de los detalles de sus técnicas, se jacta de sus logros e insiste en que se le llame doctor, aunque él utiliza el nombre de pila de sus pacientes y empleados. Tiene necesidad de estar en lo cierto, de ser inocente a toda costa antes de sufrir la angustia de los sentimientos de inutilidad si tuviera que sentir culpabilidad por haber cometido un error, aunque éste fuera mínimo. Se le educó de forma que buscara indicios y requerimientos procedentes de los padres, y así, la más mínima exigencia por parte de un paciente, la necesidad de ventilar unos sentimientos, una pregunta, una demanda de información, es interpretada y experimentada como un intento de desafiarle, de controlarle y de humillarle. Reacciona y actúa de manera defensiva y agresiva cuando un paciente se le enfrenta de la forma que sea. Es estrictamente autoritario, controlador, competitivo consigo mismo y con los demás, remoto y aislado en lo que se refiere a la experiencia de sentimientos. De este modo puede actuar como una robot durante todo el día sin preocuparse por la incomodidad y el dolor que sufren sus pacientes.

Controlado en la expresión y en la conciencia de sus sentimientos, encuentra dificultad en dominar su cólera una vez que una confrontación ha provocado en él la ira. Primero estalla su ira, y después se siente culpable. Su esposa descubre pronto la manera de manejarle provocando en él la ira. Encuentra dificultad en aprender nuevos conceptos, en ser flexible en su forma de pensar

y en el intentar llevar a cabo nuevas actividades cuyos resultados son impredecibles y que suponen una previsible ineptitud por su parte. Así, pues, una ritualización de su vida como defensa contra la ansiedad y las expectativas poco realistas resulta cada vez más en formas de vida anhedónicas y, a menudo, en una importante depresión y en alguna enfermedad psicofisiológica. Cualquier situación que presagia sentimientos de impotencia y de falta de control es amenazadora para él, e intenta evitarla a toda costa. Incluso el hecho de escuchar a un paciente provoca el temor de no poder seguir adelante con el trabajo que se está haciendo y de no poder volver a conseguir el control de la situación. El miedo a la pasividad es fuerte, y sus necesidades de pasividad rara vez son satisfechas. A menudo, las prácticas sexuales orales son los únicos medios con que cuenta para satisfacer estas necesidades de pasividad.

Con su propia esposa, el dentista se enfrenta al desafío de hacer honor a sus propios conceptos de masculinidad, que comprenden la estipulación de inducir en ella el orgasmo en cada contacto sexual. Muchas esposas de dentistas se ven atormentadas hasta que producen un orgasmo tranquilizador. Varias de estas esposas evitan los contactos sexuales porque se sienten abrumadas e incapaces de tomar parte activa en los que está sucediendo. Entonces reciben quejas en el sentido de que no son bastante activas. A menudo, simples respuestas afectivas pueden ser percibidas como avances para la actividad sexual, y el dentista

puede encontrar métodos para evitar un encuentro sexual, cuando no está dispuesto a él, mediante la provocación de una discusión.

Por la noche, se encuentra agotado, después de enfrentarse con sus sentimientos reprimidos y suprimidos, con la ansiedad de sus pacientes, con la proximidad física en momentos de tensión, con la necesidad de llevar a cabo una actuación perfecta y de obtener una aprobación constante. Es posible que no sepa cómo escapar para estar solo durante un rato cuando llega a casa. Allí debe ser el padre y el esposo perfecto y asumir el papel tan pronto como entre en la casa. No es de extrañar que lleve a cabo maniobras de distanciamiento para escapar de un refuerzo emocional. Normalmente la familia interpreta mal su necesidad de escapar durante algún tiempo, y los reproches que le dirigen su autoestima y le convierten en un adicto a su trabajo. Al realizar su trabajo se siente totalmente competente.

Como profesor de una escuela de odontología puede utilizar la situación estudiante-profesor para aumentar su autoestima mediante la humillación de estudiantes, concediendo importancia la rendimiento de la clínica o inductando a los estudiantes más predispuestos a aceptarla con la filosofía que reza que la visión más válida, a la que es necesario llegar, es la visión de túnel: el túnel que va desde la boca del paciente hasta los instrumentos del dentista. En cierto momento, el estudiante percibe al paciente como una víctima y

vitupera al maestro deshumanizado. Después de algún tiempo en la clínica, una vez ha empezado la fiebre por la propia actuación, cualquier signo de vida por parte del pacientes constituye un insulto personal que apenas se puede tolerar. Un dentista encuentra dificultad en desempeñar su trabajo, a menos que perciba a su paciente como la cabezas de una maniquí sobre una base inestables. A la mayor parte de dentistas les atrae el trabajo sobre los dientes mismos, pero no sobre los tejidos vitales que rodean a éstos. Miran con desconfianza al periodoncista; ya que éste mantiene relaciones a largo plazo con sus pacientes, sus resultados son, a veces impredecibles y utiliza las defensas naturales del cuerpo como auxiliar para la curación del paciente. Le acusan de poseer una mística especial. Incluso los mismos periodoncistas encuentran difícil aceptar la afirmación referente a que las estructuras sustentadoras de los dientes reaccionan con fuerza a las tensiones emocionales, las cuales originan la presión de los dientes, el empuje con la lengua, el bruxismo y los espasmos del músculo masticatorio, y que las tensiones emocionales disminuyen las defensas corporales y permiten la invasión del tejido gingival por lo saprofitos bucales convertidos en patógenos.

Afortunadamente para muchos dentistas, un paciente atemorizado tiene necesidad de una relación interpersonal muy débil. Para ser capaz de tolerar el distanciamiento de su dentista, exige tan sólo unas palabras tranquilizadoras y la presencia de

una auxiliar dental amigable que establezca cierto contacto físico con él.

Estudiantes de primero y segundo año en una escuela superior de odontología se quejaban de la falta de identidad dental, de la falta de información relacionada con la enfermedad y de la falta de contacto con los pacientes dentales. Afirmaban haber tomado la decisión de convertirse en dentistas humanos. Durante un experimento, se permitió que los estudiantes de segundo año limpiasen los dientes de pacientes clínicos. Casi todos los pacientes solicitaron un cambio de dentista. Los estudiantes dijeron que la razón de su falta de habilidad estaba en las quejas de los pacientes. En realidad, los estudiantes no habían asumido su condición de noveles, sino que habían accedido a los pacientes con modales autoritarios, sin apenas saludarles, sin explicarles la labor que iban a realizar y sin hacer nada para obtener la confianza de los pacientes mediante un reconocimiento de su humanidad.

8.5. EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL TRATAMIENTO

El paciente dental, para tener éxito como paciente, debe asumir los papeles de infeliz y de niño de seis meses. Debe mostrar aprobación, evitar críticas y enfrentamientos y aceptar lo que se le ofrece. No puede solicitar opciones que no le hayan sido presentadas. En realidad, debe adoptar el papel de niño, un ser gorjeante, babeante e indefenso, con un adulto inclinado

sobre él que introduce y extrae cosas de su boca. Renuncia a la defensa que otorga la verbalización (generalmente se le pide su opinión cuando no está en condiciones de hablar) y el uso de sus extremidades, las cuales pueden entorchocar con el dentista o quedar atrapadas por los instrumentos de éste y resultar dañadas. No debe distraer al dentista porque, fantásticamente, si éste se equivoca puede producirse un corte en la lengua o un agujero en la mejilla. No puede, como el niño, hacer uso de sus dientes para morder al agresor. Para aumentar la productividad, debe permanecer echado, en una postura indefensa de postración. Con este estado de impotencia inducido, el paciente experimenta una regresión a una edad anterior, y ello resulta en una reacción de transferencia positiva o negativa para con el odontólogo. Si el paciente ha tenido experiencias de seguridad con la persona que representó la función de madre, será capaz de tolerar a un odontólogo distante y endiosado que le ofrece muy poco en cuanto a alternativas y reconocimiento de su humanidad. Si el paciente tuvo una madre que respondía a sus demandas de atención con expresiones del tipo "ahora no", que se fueron repitiendo a lo largo de la mayor parte de la vida del paciente, que no ofrecía alternativas sino que era mecánica, insensible y falta de amor en su relación con el niño, la cólera residual y reprimida puede hacer explosión en la conciencia del paciente dental. Es posible que esta cólera no sea experimentada directamente y que se convierta, por el contrario, en la base de una ansiedad aguda que llegue a

hacer que el paciente sea intratable. Es posible que el paciente no pueda evitar los movimiento de sus extremidades, de su cabeza o de su lengua o que experimente náuseas y vómitos o que sufra una fuerte molestia o incluso dolor a pesar de una anestesia adecuada.

Puede que el odontólogo no identifique estos síntomas de ansiedad camuflados. Cabe que diga "Intente relajarse; no hay razón alguna para estar tan nervioso". O bien "No puede sentir ningún dolor; le he inyectado varias veces. "El odontólogo inconsciente de su ansiedad, se defiende con amonestaciones verbales o de actitud, hablando sentenciosamente o sugiriendo que el paciente busque los servicios de otro odontólogo. Vamos, usted debería ser capaz de lavarse mejor los dientes". O bien: "Le he enseñado varias veces cómo se usa la seda dental, y ya tendría que saber utilizarla". Se trata de una dirección única: el paciente no debe tocar al dentista, pero éste debe tocar impunemente.

En resumen, recuerdos emocionales primitivos pueden perturbar al paciente, quien debe acceder a permanecer indefenso en su interacción con el odontólogo el cual, a su vez, parece estas deshumanizado y no le ofrece ninguna alternativa: enjuagarse, dar un descanso a sus maxilares, escoger un tratamiento más económico, esperar hasta que el paciente haya terminado de tragar saliva o abrir la boca antes de que introduzcan casi a la fuerza un instrumento dental en ella. En

la relación interpersonal entre el dentista que necesita un paciente totalmente pasivo y no amenazador y un paciente que alberga un rencor de toda la vida contra una madre impaciente y que no le amaba, el choque será inevitable.

8.6. PSICOPATOLOGIA

8.6.1. Resistencia a los cuidados orales: Un paciente puede presentar resistencia al mantenimiento de una adecuada higiene oral.

El Odontólogo puede creer que se trata de un problema neurótico y, sin embargo, es posible que el paciente provenga de un ambiente en el que no se concedía importancia a la limpieza, y que puede haber producido en él una desensibilización a los olores del cuerpo y de la boca.

Algunos hombres se cepillan cuidadosamente los dientes cada mañana por temor a repeler a las demás personas, pero encuentra cualquier excusa para omitir cepillárselos por la noche, a pesar de que comparten la cama con su esposa. Esta omisión puede constituir una acción simbólica dirigida a que su esposa evite efectuar requerimiento sexuales. Un odontólogo puede observar en su consultorio a mujeres obesas y descuidadas que han permitido el deterioro de sus dientes anteriores o que no han reemplazado los dientes anteriores perdidos.

Esto puede constituir una forma de control de natalidad.

El paciente perturbado por graves problemas emocionales puede ser incapaz de prestar atención a los pequeños detalles, estar demasiado preocupado o deprimido para importarle lo que le pueda suceder o tener tan poca autoestima que no conceda importancia alguna al hecho de ser descuidado consigo mismo.

Los odontólogos encuentra a menudo con el paciente excesivamente preocupado compulsivamente por su boca y posiblemente daña las estructuras de su boca con su celo exagerado. También se encuentran, y se muestran molestos con él, con el paciente pasivo, receptor de cuidados y excesivamente protegido, el cual no hace nada por sí mismo si no hay alguien que se ocupe de él.

Si los odontólogos preguntasen :¿Cuál es su actitud de sus propios dientes y aliento? podrían obtener respuestas muy interesantes. Algunas de ellas indicarían ideas falsas, expectativas poco realistas y una autoestima pobre. Un hombre puede responder "me huele el aliento" antes que "tengo un mal concepto de mí mismo". En cierta ocasión, se trató a una persona cuya dentadura era evidentemente mala; dicha persona ocupaba un puesto de responsabilidad en una compañía y se resistía a recibir tratamiento. Finalmente admitió que estaba convencido que tenía un aliento horrible y que ésa era la razón por la cual la gente no se mostraba cordial y evitaba relacionarse con él. Lo único que tenía que hacer para que las cosas cambiasen era lavarse los

dientes, pero tenía miedo del odontólogo, no quería gastarse el dinero en el tratamiento y no podía encontrar ni un momento para acudir a la consulta.

Otro paciente aportó un sueño en el que, soplando, alejaba a otras persona con su mal aliento, y estaba convencida de que su aliento era fétido. La paciente tenía el temor secreto de que, aunque se solucionase su problema, seguiría siendo impopular con sus iguales y también excesivamente sumisa a ellos. En ambos casos, el síntoma era utilizado para establecer un distanciamiento y para negar características de la propia personalidad que alejaban a los demás.

8.7. DIENTES FANTASMAS

El fenómeno del diente fantasma es análogo al del miembro fantasma y se produce en personas que no son capaces de aceptar la pérdida de sus dientes y el proceso de envejecimiento. Algunas personas llega incluso a negar la pérdida de todos sus dientes. Si se les hace una dentadura postiza, no se la ponen nunca o muy rara vez. Se han dado casos de cirujanos maxilofaciales importunados por paciente convencidos de que un diente entero, o una parte de él, permanece aún incrustado en sus maxilares, y algunos han llegado a conseguir que el cirujano lleve a cabo sondeos para buscar la estructura inexistente.

8.8. DENTADURAS COMPLETAS

Un paciente compulsivo, deprimido y excesivamente independiente que usa dentadura postiza aprovecha a menudo el período posterior a la extracción de todos sus dientes para experimentar una regresión a un estado de berrinches infantiles en el que se deja constantemente, expresa repetidamente su insatisfacción con la estética de las dentaduras postizas y se queja del sabor a la textura y de la irritación y náuseas producido por su nueva dentadura. Este tipo de paciente ha llegado a conseguir que el odontólogo lime bordes que no producen ninguna laceración visible, ni siquiera una seña de irritación que corten márgenes palatales necesario hasta el punto de hacer perder al paciente la posibilidad de succión, y que tengan que rehacer dentaduras perfectamente adecuadas. Lo que el odontólogo no sabe es que el paciente, que tampoco es consciente de ello, está utilizando este período con el periodoncista para experimentar una regresión a un estado infantil en el que se ocupan de él y del que obtiene demasiada gratificación para avenirse a ser "destetado", a deja de comer purés similares a las papillas de los niños, a tener que adquirir la nueva habilidad de masticar con una dentadura adecuada y a abandonar al dentista, al que se ha colocado en el papel de un sustituto del padre. Sus quejas le permiten seguir viendo al odontólogo, evitar el trastorno que supondría tener que masticar otra vez. Por otra lado, el trauma de admitir el proceso de envejecimiento y la pérdida de una

parte vital del cuerpo puede ser demasiado penoso para una persona perfeccionista que otorga una gran importancia a la juventud.

8.9. SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Son muchos los odontólogos que se encuentran con pacientes que se quejan de dolores intermitentes e intensos en las mandíbulas y en los dientes, de ardor en la lengua, de sensaciones de entumecimiento, de extrañas cargas eléctricas en las mandíbulas y en la cabeza, de sabores raros y de incapacidad para soportar dentaduras postizas que, por otra parte, se ajustan perfectamente. Cirugía, inyecciones en la articulación (ATM), neurocirugía para cortar el nervio trigémino, tratamiento con Demerol y otros calmante que producen hábito, y graves alteraciones de la estructura de los dientes realizadas por dentistas que creen que la oclusión defectuosa es la causa de los síntomas; todos ello son métodos que se ha utilizado para tratar los síntomas de dolor y disfunción en las mandíbulas. A menudo los pacientes se quejan también de síntomas gastrointestinales y de dolores producidos por espasmos musculares en la nuca y en los hombros.

El síndrome ATM aparte su caracterización como reacción de conversión, tiene una base fisiológica definida. Todos los pacientes tienen graves hábitos de ejercer empuje con la lengua, bruxismo y presión de los dientes. Todos ellos despiertan

con rigidez en los maxilares, dolor y trismo. Todos tienen un espasmo muscular masticatorio. Este espasmo puede predominar en uno de los lados y provocar importantes oclusiones prematuras al causar una tensión indebida en las estructuras sustentadoras de los dientes en este lado de la boca. El dolor y los espasmos musculares son importantes defensas contra una grave depresión que se da en todos los pacientes. En algunos pacientes surgiría una psicosis si, como consecuencia del tratamiento, desapareciesen los síntomas.

La aparición de contracciones y espasmos musculares masticatorios puede indicar la falta de aptitud psicológica de los pacientes que sufren el síndrome ATM. No son conscientes de sus sentimientos y pasiones y no pueden hacerlos llegar a nadie, puesto que su capacidad para formar relaciones con cierto de intimidad; los síntomas sirven para apartar la atención de los sentimientos reprimidos que amenazan con emerger a la conciencia, como una consecuencia fisiológica de la acción de apretar los dientes y el bruxismo.

Los pacientes esquizofrénicos informaron sobre el espasmo muscular de forma alucinatoria: "Alguien acaba de golpearme en el estómago". "Alguien ha puesto algo en el café que he bebido esta mañana y me ha envenenado", "Me duelen las mandíbulas" se me ha puesto rígidas". La terapéutica electroconvulsiva utiliza las contracciones musculares de carácter epiléptico para disminuir

los síntomas depresivos.

8.10. DOLOR ORAL

El componente psicológico del dolor varía de acuerdo con el grado nivel de ansiedad del paciente. La ira reprimida puede emerger como incremento del dolor durante los tratamientos dentales.

Los pacientes que se quejan cuando no existen bases físicas pueden clasificarse en tres categorías:

1. El paciente que niega y reprime la rabia y la ansiedad experimentada durante un estado de relación interpersonal anómala con su médico;
2. El paciente que tiene una vida angustiosa y utiliza el dolor como foco para alejarse de sus problemas y utiliza su relación con el médico como apoyo y como sustituto de una importante relación en la vida y,
3. El paciente que es incapaz de manejar sus fuertes sentimiento agresivos hacia los otros y se vuelve hiposensitivo al dolor que se inflige a sí mismo e hipersensitivo al que le inflige el médico.

"Mirar al interior de la boca" puede ser una forma de detectar depresión enmascarada. Las reacciones del paciente a lo que se hace en la boca,

expectativas irreales, masticación, apretar, avances de la lengua, hábitos de rechinar los dientes, exageración o disminución del reflejo de mordaza, reacciones hacia la pérdida de un diente o prótesis, poca higiene oral, la cantidad y viscosidad de la saliva, dolores inexplicables y disfunciones de las mandíbulas y dientes, quemarse la lengua y otros síntomas orales pueden ser indicios o defensas contra la erupción de una enfermedad emocional grave.

IX. TRASTORNOS POR ESTRESS POSTRAUMATICO DE UNA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

9.1. INTRODUCCIÓN

Los síndrome de estres agudos y crónicos que se producen tras traumas físicos y emocionales constituyen un problema sanitario mayor y tienen importantes implicaciones médico legales.

9.2. CARACTERÍSTICAS

1. Los síntomas incluyen fenómenos tales como la respuesta exagerada del sobresalto, ansiedad, dificultades de concentración, sentimientos de culpa, dificultades de sueño, irritabilidad, hipersensibilidad y depresión.
2. Este síndrome puede ocurrir agudamente tras el trastorno o puede volverse crónico.
3. El diagnóstico se puede dar en personas con antecedentes psiquiátricos anteriores, pero que desarrollan el síndrome postraumático clásico en respuesta de una agente estresante.
4. Algunas personas que experimentan también síntomas pueden mostrar también síntomas de trastorno orgánico mental o trastorno

depresivo mayor.

9.3. CAUSAS

Grave reacción de stress; reacción a una neurosis traumática.

9.4. NATURALEZA DEL STRESS

El stress debe ser lo suficientemente grave como para sobrepasar la gama de experiencias humanas habituales consideradas normales.

9.5. TIPOS DE STRESS GENERADORES

- Pérdida de negocios
- Conflictos matrimoniales
- Muertes
- Desastres naturales producidos directamente o no por el hombre
- Experiencias negativas de dolor
- Traumas físicos (violación, accidentes, daños físicos)
- Componentes psicológicos (miedo, desamparo, pérdida de control).
- Falta de atención de urgencias.

9.6. FACTORES ORGÁNICOS

Se produce una descarga simpática masiva, con síntomas asociados de hiperalerta, mayor ritmo gastrocardíaco, excesivo sudor, tensión muscular, temblor y una sensación subjetiva de ansiedad.

9.7. RASGOS CLÍNICOS

9.7.1. Criterios para el diagnóstico del trastorno por stress postraumático

- a. Existencia de un stress reconocible, capaz de provocar síntomas significativos de malestar en casi todas las personas.
- b. La reexperimentación del traumatismo se pone de manifiesto al menos por uno de los siguientes síntomas:
 - 1. Recuerdos recurrentes e intrusivos del acontecimiento
 - 2. Sueños recurrentes del acontecimiento
 - 3. Comportamiento repentino o sentimientos también repentinos, como su el acontecimiento traumático estuviera presenta debido a una asociación con un estímulo ambiental o ideativo.
- c. Embotamiento de la capacidad de respuesta ante el medio externo y reducción de la implicación en él, que empieza en algún momento después del traumatismo, tal como se demuestra por al menos uno de los siguientes síntomas:
 - 1. Disminución notable del interés en una o más actividades significativas
 - 2. Sentimientos de separación o de extrañeza respecto a los demás
 - 3. Constricción del afecto

- d. Al menos dos de los síntomas siguiente no estaban presentes antes del traumatismo:
1. Estado de hiperalerta o respuesta de alarma exagerada
 2. Alteración del sueño
 3. Sentimientos de culpa por el hecho de sobrevivir cuando otros no pudieron hacerlo o remordimientos por la conducta llevada a cabo para la supervivencia.
 4. Afectación de la memoria o dificultades de concentración.
 5. Evitación de las actividades que evocan el recuerdo del acontecimiento traumático
 6. Intensificación de los síntomas frente a la exposición de acontecimientos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento traumático.

9.8. RASGOS ASOCIADOS

- Se pueden desarrollar diversos rasgos; pérdida de interés, disminución de la energía, del apetito sexual, del hambre períodos de tristeza, ataques de llanto, explosiones esporádicas, conductas agresivas.
- También se pueden presentar conductas no violentas impulsivas como súbitos viajes, ausencias inexplicadas, cambios del tipo de vida.

- Otros pueden empezar a abusar del alcohol y las drogas.

9.9. COMPLICACIONES

- Se presenta la evitación fóbica de situaciones o actividades que se parecen o simbolizan los traumas originales que pueden afectar al paciente.
- Se puede cerrar dependencia de depresores del sistema nervioso central, como barbitúricos y tranquilizantes y alcohol.
- Tomar una conducta de autoderrota, intentos suicidas o suicidios completos.

9.10. DIAGNOSTICO

Para dar un diagnóstico se debe establecer solo después de constatar la presencia de cuadro de los criterios para el diagnóstico del trastorno por stress pos-traumático o especificar si el subtipo agudo crónico.



DISTINCIÓN ENTRE EL TRASTORNO DE ESTRESS POSTRAUMATICO AGUDO Y CRÓNICO

TRASTORNO DE ESTRESS POSTRAUMATICO AGUDO	TRASTORNO DE ESTRESS POSTRAUMATICO CRÓNICO
Duración de los síntomas de menos de 6 meses o comienzo de los síntomas dentro de los 6 meses posteriores al suceso traumático.	Duración de los síntomas de almenos 6 meses o comienzo de los síntomas almenos seis meses después del suceso traumático.

De N. Andreasen. M.D.

9.11. PACIENTE CON TRASTORNO POR ESTRESS POSTRAUMATICO EN UN TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

1. Realizar un examen lo más detallado del suceso traumático y captar las diversas reacciones del paciente.
2. Explorar con detalle si el paciente ha tenido experiencias en impresiones.

9.12. NEGATIVA EN EL AREA ODONTOLOGICA

- * Historia familiar, médica, uso del alcohol y drogas, historia social, ocupación de paciente, capacidad intelectual.
- * Obtener un examen mental, realizar interconsulta.

- * Obtener una reacción en la cual se pueda brindar seguridad y confianza al paciente.
- * Evitar al máximo utilizar elementos, vocabulario y situación son las que llevan al paciente a entrar en crisis.
- * Reducir inicialmente los síntomas centrales.
- * Tratar de comenzar por lo más sencillo y que dure menos tiempo para que el paciente no se sienta presionado y evitar diversos síntomas fóbicos.

X. FARMACOLOGIA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

La farmacología en los pacientes que presentan algún tipo de distribución psicológica es de tres tipos: los tranquilizantes menores, los sedantes y los hipnóticos; hablaremos de cada uno de ellos:

El término de tranquilizante menor es inadecuado debido a que se utilizan igual que los tranquilizantes mayores y los hipnóticos dependiendo de la dosis el término ansiolítico es preferible a el de tranquilizante menor.

Como ansiolíticos tenemos los derivados de la benzodiacepina que se sintetiza como desmetilodiacepam en la sangre. Esos fármacos son de vida media larga por lo tanto su efecto para dosis duraderas es difícil de predecir, dependiendo de la absorción y excreción del paciente. La interacción de los fármacos está medida por la alteración de la oxidación hepática que puede tener con otras drogas (estrógenos) o los estados fisiológicos (vejez, cirrosis), las diacepinas aumentando los niveles de plasma y precisando una dosis inferior.

Hablando un poco de su eficacia clínica podemos decir que son unos buenos reguladores de ansiedad crónica y aguda, actuando con rapidez

administrándolas oral o intravenosamente y son una buena alternativa en pacientes con síntomas psiquiátricos incapacitantes permitiéndoles afrontar las situaciones de forma constructiva. Estos fármacos deben ser utilizados de forma cuidadosa debido a que alteran la agilidad mental de los pacientes. Las Benzodiacepinas las utilizan para disminuir la ansiedad, la intoxicación alcohólica y para intervenciones quirúrgicas o endoscópicas en la inducción de la anestesia.

Otro tranquilizante menor es el propanolol que es un bloqueante adrenérgico periférico como para reducir signos de ansiedad y stret de muchos pacientes.

Los antiinstamínicos son de buena elección para administrarlos en pacientes menores de 12 años como sedantes y controladores de ansiedad. La clasificación y dosis de las benzodiacepinas se explicarán en las listas especiales .

Los sedantes e hipnóticos (barbitúricos) son usados como hipnóticos comprobándose que en sus dosis normales cumplen las mismas funciones que los hipnóticos específicos como el temacepam, el trizolam y el fluoracepam, también como los derivados de la benzodiacepina que son más seguros que los barbitúricos debido que en sus dosis altas son menos tóxicos.

Los barbitúricos a diferencia de las diacepinas alteran el metabolismo de los anticuagualantes

haciéndolos fármacos de cuidados en pacientes normales o con insuficiencia cardíaca, hepática, renal, diabetes e hipotiroidismo, porque en dosis altas son muy letales al igual que los no barbitúricos.

Estos se dividen dependiendo de su vida media en el organismo, por lo tanto los de larga duración serán eficaces para pacientes ansiosos crónicos, los de media para pacientes que se desvelan y los de corta duración para los que no se duermen rápidamente. Los barbitúricos producen hipotensión y depresión al sistema nervioso central y no son analgésico, producen ulceraciones y dilatan la pupila, muchas veces se confunde este signo con el de un coma.

10.1 EFECTOS ADVERSOS DE LOS FÁRMACOS

10.1.1 Toxicidad conductual: Como ya sabemos los barbitúricos, los derivados del benzodiazepam producen efectos de sedación e hipnosis siendo tóxicos en dosis demasiado elevadas.

Los barbitúricos en altas dosis producen cambios de conductas. Los derivados del bendiazepam ayudan a controlar muchos momentos de disfunción en pacientes, mejorando sus funciones cognitivas, brindando seguridad.

Otro tipo de alteración es la del fenobarbital producida en la mañana siguiente al ingesta de más o menos de 100 mg en la función cognoscitiva.

10.1.2 Efectos secundarios: Los tranquilizantes no tienen mayores efectos secundarios cuando se aplican en pacientes determinados, no son tóxicos hepáticos. El efecto más común es la somnolencia, por lo tanto el paciente debe ser consciente y valorar sus reacciones ante el fármaco.

Otros efectos secundarios son la excitación paradójica, la agresión, la urticaria, el vértigo la ataxia y los trastornos gastrointestinales que se deben a la cantidad de la dosis que ingiera el paciente, por lo tanto éste debe estar en control. También causan anomalías congénitas en mujeres embarazadas en sus primeros tres meses por lo tanto es prescindible no necesitar de ellos.

Es potencial suicida con estas drogas es mínimos pero casos se han visto, con dosis de tabletas 400 a 500 mg en un número de 50 a 100.

Todos los fármacos que conocemos para hipnosis y sedación producen dependencia física, conocida como "delirium tremens" en los alcohólicos. Se conocen los síntomas de dependencia después de uno, dos o tres días después de suspender la dosis con temblores, mal humor, calambre musculares inexpressión facial, insomnio, anorexia, debilidad, nerviosismo, pérdida de peso e hipertensión ortotáctica. La Asociación Médica Californiana recomienda no usar por más de 14 días estos fármacos para no causar dependencia física.

La combinación de estos fármacos sedantes con otros puede causar la alteración de niveles hemáticos. Un ejemplo claro es el de diacepam que al combinarse con un antiácido retrasa todo su proceso de absorción en el estómago.

Por consiguiente todos los sedantes y barbitúricos cumplen funciones similares tales como la inducción del sueño o de hipnosis pero en dosis adecuadas para no causar dependencia ni efectos secundarios. Hay que también tener en cuenta la clase paciente el cual se trata para prever su manifestación clínica y fisiológica.

XI. REPORTE DE LA VISITA A LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS

Las instituciones que se tuvieron en cuenta para ésta monografía fueron las siguientes:

1. Hospital Psiquiátrico "Julio Manrique" (Sibaté) (Beneficencia de Cundinamarca)
2. Clínica Nuestra Señora de La Paz.
3. Clínica Monserrate.
4. Hospital San Juan de Dios Salud Mental.
5. Hospital Santa Clara Salud Mental.
6. Casa Asistencial La Quinta (Sibaté)
7. Albergue La Colonia (Sibaté).
8. Refugio J.J. Vargas (Sibaté).
9. Hospital San Blass (Salud Mental).

De todas estas instituciones sólo se encontró servicio de Odontología en: El Hospital Psiquiátrico "Julio Manrique" (Sibaté). En los Hospitales Universitarios se tienen consultorios odontológicos; pero ninguno con un área específica para los pacientes psiquiátricos.

En el caso de las otras Instituciones el paciente se remite a Odontólogos particulares a clínicas u hospitales públicos.

Observamos que no se realiza algún tipo de programas (prevención, atención primaria) puesto

que ni siquiera existe un Odontólogo de planta ni estudiantes de facultades de odontología que puedan colaborar con la atención sin necesidad de remitir el paciente se desconoce completamente el manejo trato que tienen estos pacientes.

Hablando del único hospital que si presta ésta atención podemos describir ante todo que el consultorio odontológico está ubicado en un lugar que podría ser uno de los más transitados de la institución, al entrar la primera sensación que tuvimos fue la falta de organización y aseo. Observamos con sorpresa que el profesional no trabaja con bata, ni utiliza guantes.

El sitio de esterilización es un pequeño balde con glutaraldehído en muy mal estado donde colocan un instrumental oxidado y sucio cabe anotar que tienen música a un volumen elevado (vallenatos).

La unidad en mal estado se encuentran dotada además de todos los instrumentos necesarios; con un par de pañuelos ubicados en las manijas que se utilizan para amarrar los pacientes.

El Odontólogo realiza su trabajo; sin ni siquiera saludar al paciente, simplemente lo obliga a abrir la boca le realiza el tratamiento y determinar deja al paciente sin amarrarle y manda una auxiliar a que lo lleve al respectivo patio.

No se tiene ningún tipo de historias clínicas; tampoco hay alguna comunicación con él paciente; lo

importante acá es salir del "problema".

De esta manera queda demostrado lo que hemos hablado a lo largo de nuestra monografía; para éste tipo de pacientes no existen, ni programas ni personal capacitado que le ofrezca una atención adecuada y con el trato que cualquier ser humano merece.

**TABLA Nº 1. PERSONALIDAD CICLOTIMICA EN
PARIENTES DE ENFERMOS MANIACODEPRESIVOS**

INVESTIGADOR	GENERAL		DICIGOTICOS	
	POBLACIÓN	PADRES	HIJOS	GENELOS
SLATER	—	3,8	13,4	—
KALLMAN	0,7	14,5	—	30,9

**TABLA Nº 2. PERSONALIDAD ESQUIZOIDE EN
PARIENTES DE ESQUIZOFRENICOS**

PARIENTES	NUMERO	ESQUIZOIDES%
HIJOS	1.000	33
HERMANOS	1.191	32
PADRES	2.741	35

**TABLA Nº 3. SEGUIMIENTO DURANTE 22-37 AÑOS
DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD SEGÚN
HAN SIDO DEFINIDOS POR SCHNEIDER (TOLLE)**

RESULTADOS	TIPOS DE PERSONALIDAD			
	DEPRESIVA (15)	HISTÉRICA (32)	ASTENICA (29)	SENSITIVA (24)
EMPEORAMIENTO	0	0	3	—
LIGERO ÉXITO	4	13	6	4
ADAPTACIÓN DEFENSIVA Y AISLAMIENTO	8	18	6	6
MEJORÍA FUNCIONAL	3	1	14	14

**TABLA Nº 4. PSICOSIS COMO CRITERIO AL
DIAGNOSTICAR TRES TIPOS DE ESQUIZOFRENIA EN EL
DSM-I Y EN EL DSM-II**

TERMINO	ANTERIOREMTE PSICÓTICO	ACTUALMENTE PSICÓTICO
DSM-I		
CRÓNICO NO DIFERENCIADO	SI o NO	SI o NO
DSM-II		
CRÓNICO NO DIFERENCIADO	SI	SI
LATENTE	NO	NO
RESIDUAL	SI	NO

**TABLA Nº 5 CAUSAS POTENCIALMENTE TRATABLES
DE LA DEMENCIA***

CAUSA GENERAL	TIPO DE TRASTORNO
Trastornos neoplásicos	Tumor cerebral (lóbulo frontal, intraventricular, etc)
Trastornos endocrinos	Disfunción tiroidea, paratiroidea, suprarrenal, hipoglucemia
Otros trastornos metabólicos	Insuficiencia hepática, renal, pulmonar; hiponatremia; síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética; porfiria; enfermedad de Wilson
Toxinas exógenas	Toxicidad por fármacos (barbitúricos, bromuros); exposición a metales pesados
Estados deficitarios	Hipovitaminosis B ₁₂ ; síndrome de Wernicke-Korsakoff; pelagra
Trastornos vasculares	Hemorragia postsubaracnoidea con hidrocefalia; secundaria a una hipertensión prolongada; lupus eritematoso sistémico
Trastornos postraumáticos	Hematoma subdural; hidrocefalia comunicante
Trastornos inflamatorio	Parálisis general; absceso cerebral; meningoencefalitis, inflamación crónica (varios tipos); aracnoiditis postinflamatoria con hidrocefalia
Alteraciones diversas	Convulsiones recurrentes; trastornos hematológicos (varios tipos): aracnoiditis postinflamatoria con hidrocefalia; trastornos hematológicos de varios tipos; efectos a distancia de un carcinoma; hidrocefalia oculta
* Esta relación incluye algunas de las causas tratables más comunes de demencia; apellidando otras, y las relacionadas aquí no necesariamente resultan sólo de demencia	

TABLA Nº 6. BENZODIACEPINAS*

Nombre genérico	Nombre comercial	principal indicación recomendada	Otras indicaciones autorizadas	Vía metabólica primaria	Tasa de eliminación	Vida media eliminación (horas)	Metabolitos activos	presentaciones comerciales	Dosis diaria total recomendada		
									pediátrica	Adulta	Geriátrica
Diacepam	Valium	Ansiedad	Abstinencia alcohólica, sedación pre operatoria, estado epiléptico, espasmos musculares	Oxidación	Lenta	10-100	Diacepam, desmetilo diacepam	Tabletas de 2,5 y 10 mg; inyección de 5 mg/ml; cápsulas de descarga sostenida de 15 mg	3-10mg	4-40mg	2-5mg
Clorodia- cepóxido	Librium	Ansiedad	Abstinencia alcohólica, sedación pre operatoria	Oxidación	Lenta	10-100	Clorodia- cepóxido, desmetilo clorodia- cepóxido; demoxepam, desmetilo diacepam	Tabletas de 5, 10, 25 mg; inyección de 100 mg por ampolla; cápsulas de 5, 10, 25 mg	0,5mg/kg	15-100mg	10-20mg
Clorocepató	Tranxene	Ansiedad	Abstinencia alcohólica, sedación pre operatoria	Oxidación	Lenta	30-100	Desmetilo diacepam	Tabletas y cápsulas de 3,75, 7,5, 15 mg; tabletas de 11,25, 22,5mg	7,5-15mg (9-12 años)	15-60mg	7,5-15mg
Halacepam	Tranxen	Ansiedad	----	Oxidación	Lenta	15-100	Halacepam, desmetilo diacepam	Tabletas de 20 40 mg	---	60-12mg	20-40mg

TABLA Nº 6. BENZODIACEPINAS*

Nombre genérico	Nombre comercial	principal indicación recomendada	Otras indicaciones autorizadas	Vía metabólica primaria	Tasa de eliminación	Vida media eliminación (horas)	Metabolitos activos	presentaciones comerciales	Dosis diaria total recomendada		
									pediátrica	Adulta	Geriatrica
Pracepam	Centrax	Ansiedad	----	Oxidación	Lenta	30-100	Desmetilo diacepam	Cápsulas de 5, 10 mg; tabletas de 10mg	---t	20-60mg	10-15mg
Alprazolam	Xanax	Ansiedad	Ansiedad-depresión	Oxidación	Intermedia	10-16	Alprazolam	Tabletas de 0,25,0,5 y 1 mg	---t	0,75-1,5mg	0,25-0,75mg
Loracepam	Ativan	Ansiedad	Ansiedad-depresión; sedación post operatoria	Conjugación	Intermedia	10-30	Ninguno	Tabletas de 0,5,1, 2mg; inyección de 2mg/ml, 4mg/ml	---t	2-6mg	1-2mg
Oxacepam	Serax	Ansiedad	Ansiedad-depresión, sedación pre operatoria	Conjugación	Intermedia	5-15	Ninguno	Cápsulas de 10,15,30mg; tabletas de 15mg	---tt	30-120mg	30-45mg
Fluracepam	Dalmane	Insomnio	----	Oxidación	Lenta	47-100	Hidroxietil fluracepam, desalcilfluracepam, desmetil diacepam	Cápsulas de 15-30mg	---t	15-30mg	15mg
Temacepam	Restoril	Insomnio	----	Conjugación	Intermedia	9-14	Ninguno	Cápsulas de 15,30mg	---t	15-30mf	15mg

TABLA Nº 6. BENZODIACEPINAS*

Nombre genérico	Nombre comercial	principal indicación recomendada	Otras indicaciones autorizadas	Vía metabólica primaria	Tasa de eliminación	Vida media eliminación (horas)	Metabolitos activos	presentaciones comerciales	Dosis diaria total recomendada		
									pediátrica	Adulta	Geriatrica
Triazolam	Halcion	Insomnio	----	Oxidación	Rápida	2-3	Ninguno	Tabletas de 0,25,0,5mg	----†	0,25-0,5mg	0,125-0,25mg
Clonacepam	Clonopin	Síndrome de Lennox-Gastaut	Ataques acinéticos y mioclónicos; crisis de pequeño mal que no responde a otros fármacos	Oxidación	Intermedia a lenta	20-40	----	Tabletas de 0,5,1,2mg	0,10-0,30 mg/kg	1,5mg	---†

* Las benzodiazepinas tiene un nivel de control IV de la Drug Enforcement Administration (D.E.A.IV).

** Recomendación de márgenes de dosis no incluida por el fabricante. Por regla general, deben utilizarse en dosis inferior con niños y en ancianos.

Efectos secundarios: excitación paradójica; alucinación hipnagógica; flebitis; fatiga; somnolencia; modorra; debilidad musculatura; nistagmo; ataxia; disartria; Alteración del tiempo de reacción, la coordinación motora y la función intelectual; y depresión del sistema nervioso central

**TABLA Nº 7. AGENTES NO BARBITURICOS, SEDANTES NO BENZODIACEPINICOS
HIPNÓTICOS Y ANTIANSIOSOS**

GENÉRICO	NOMBRE		MARGEN DOSIS UNICA		PREPARACIÓN EXISTENTE								Nivel de Control DEA ^c	
	COMERCIAL	MARGEN DOSIS ADULTOS (mg/día)	ADULTOS (mg/día)		Oral				Inyección					
			Sedantes ^a	Hipnóticos ^b	Tableta (mg/día)	Cápsula (mg/día)	Jarabe	Elixir	Ampolla	Ampolla Vial	Jeringa	Supositorio (mg)		
Meprobamato	Equanil	1.200-1.600	200-400		200,400	400								IV
	Miltown				600									
Tibamato	Tybatran	250-2.000	250-500			250,350								0
						500								
Etinamato	Valmid	500-1.000		500-1.000	125,250	500								IV
Glutetimida	Doriden	250- 500	250-500	500	500									III
Metiprilona	Noludar	50- 400	50-100	200-400	50,200	300								III
Etoclorivino	Placidyl	500-750		500-750		100,200, 500,750								IV
Metacualona ^d	Mequin	75-300	75	150-300	150-300									II
	Sopor													
Difenhidramina	Benadryl	10-400	50			25,50		12,5mg/ 5 ml		50mg/ml	10mg/ml	50mg/ml		0
Hidroxicina	Vistaril	25-400	25-100		10,25, 50,100	25,50 100	10mg/ 5ml							0
	Atarax						25mg/ 5ml							
Hidrato de cloral	Noctec	250-750	250	500-2.000		250,500	500mg/ 5ml				100mg/ 2ml	325 650 975 1.300		IV
	Kessodrate													
	Felsules													
	Aquachloral													
Prometacina	Phenergan	12,5-50	12,5-50	12,5-50	12,5, 25,50		6,25mg/ 5ml			25mg/ml 50mg/ml		12,5 25,50		0
							25mg/ 5mg/							
Paraldehido	Paral	4-10ml	4-10ml				1.000 (1.000mg = 1ml	30ml	5ml, 10ml					IV

^a Dosis sedante es la cantidad administrada en una vez suficiente para reducir la ansiedad. ^b Dosis hipnótica es la cantidad administrada en una vez para inducir el sueño. ^c DEA = Drug Enforcement Administration. ^d La metacualona ya no se fabrica. Efectos secundarios: Trastornos del juicio y el rendimiento.

TABLA Nº 8 BARBITÚRICO

GRUPO	GENÉRICO	NOMBRE		MARGEN DOSIS ADULTOS (mg/día)	GAMA DE DOSIS ÚNICA PARA ADULTOS			USOS TERAPÉUTICOS COMUNES			
		COMERCIAL	FABRICANTE		Sedante (mg)	Hipnótico (mg)	Sedante	Hipnótico	Anti convulsivo	Anestésico	Nivel control DA
Larga duración	Fenobarbital	Luminal	Winthrop	15-600	15-30	100-200	+	+	+	-	IV
(duración de acción	Metarbital	Gemonil	Abbott	100-300	-	-	-	-	+	-	III
más de 8 horas)	Metobarbital	Mebaral	Breon	32-400	32-100	-	+	-	+	-	IV
Acción intermedia	Amobarbital	Amytal	Lilly	65-400	65-200	100-200	+	+	+	+	II
(duración de acción,	Butabarbital	Butisol	McNeil	15-120	15-30	50-100	+	+	-	-	III
de 5 a 8 horas)	Pentobarbital	Neobutal	Abbott	30-120	30-40	100-200	+	+	-	+	II
Acción breve (duración	Secobarbital	Seconal	Lilly	100-300	-	100-200	-	+	+	+	II
de acción de 1 a 5 h)	Talbutal	Lotusate	Winthrop	120	-	100-120	-	+	-	-	III
Acción ultracorta	Metohexital	Brebital	Lilly	-	-	-	-	-	-	+	IV
(duración de acción	Tiamilal	Surital	Parke Davis	-	-	-	-	-	-	+	III
menos de 1 hora)	Tiopental	Pentotal	Abbott	-	-	-	-	-	-	+	III

Efectos Secundarios: Sedación residual; vértigo; cefalea; embotamiento; náuseas, vómitos; emesis; erupciones cutáneas; excitación; reacciones de hipersensibilidad; confusión; depresión; malestar gástrico; anemia megaloblástica; depresión respiratoria; apnea; depresión circulatoria; dependencia psicológica; y síntomas de abstinencia.

TABLA Nº 10. CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS ANTIDEPRESIVOS

	PERFIL CLÍNICO	EFFECTO ANTICOLINERGICO	CARDIOTOXICIDAD	OTRAS OBSERVACIONES
Maprotilina	Sedativo	Similar a la IMI	Similar a la IMI	Incidencia de convulsiones y rash cutáneos
Nianserina	Sedativo	Escaso	Escasa	Incidencia de discrasias sanguíneas
Trazodone	Sedativo	Moderado	Moderada	Intensa sedación
Viloxacina	Estimulante	No	Escasa	Cefalea, pérdida de peso, alt. GI
Fluoxetina	Estimulante	No	Escasa	Cefalea, alt. GI
Nomifensin	Estimulante	Moderado	Escasa	Insomnio, disquinesias, reacciones autoinmunes, agravamiento de psicosis
Bupropión	Estimulante	Moderado	Escasa	Pérdida de peso, alt. GI, ansiedad
Amoxapina	Efectos	Moderado	Moderada	Alta. extrapiramidales, riesgo de DT

TABLA Nº 11 USO DE FÁRMACOS PSIQUIÁTRICOS

ALIMENTOS PROHIBIDOS	ALIMENTOS RESTRINGIDOS
Todos los quesos	Chocolate
Comidas que contengan queso (pizza, fondue, comida italiana).	Anchoas
Cualquier comida fermentada	Caviar
Habas	Yogurt
Frutas demasiado maduras	Higos, pasas, dátiles
Hígado (pollo, cerdo, vacas, etc)	Nata, cuajada
Ahumados.	Cremas de pastelería
Cualquier comida pasada	Café, té
Especialmente pescados	Colas
Alcohol: vino, jerez, cerveza, coñac, vermouth	Pimienta, salsa Curry, picantes
	Caracoles, sopa de tortuga
	Alcohol: permitidos con suma moderación, ginebra, whiskey, etc

TABLA Nº 12 INTERACCIONES FÁRMACO-FÁRMACO

TIPO	INTERACCIÓN	COMENTARIO
Absorción	Algunos antiácidos pueden retrasar la absorción de las benzodiacepinas y la clorpromacina, o interferir en ella	Como el clínico debe ajustar la dosis al efecto clínico, no debe observar esta interacción clínicamente, excepto cuando necesita utilizar una dosis ligeramente superior
Metabolismo	1. Barbitúricos más sedante no barbitúrico y alcohol aceleran el metabolismo de las fenotiacinas 2. El disulfiram puede prolongar la vida media del clorodio cepóxido interfiriendo en la desmetilación 3. El metilfenidato o las fenotiacinas pueden aumentar los niveles hemáticos de los tricíclicos 4. Los tricíclicos pueden aumentar los niveles hemáticos de los antipsicóticos	Otra razón por la que el clínico necesita ajustar la dosis a la respuesta clínica. Puede preferirse el exacepam o el loracepam en pacientes que necesitan disulfiram, pues aquellos fármacos se excretan directamente como conjugados
Excreción	La orina ácida aumenta y la orina básica disminuye la excreción de anfetaminas, fenicinas o tranilcipromina, o PCP	Vale para cualquier fármaco o dieta que altere el pH de la orina.
Distribución	Los antipsicóticos y antidepresivos (incluyendo a la doxepina) interfieren en la acción terapéutica de la guanetidina	Clínicamente importante, sobre todo para clorpromacina y los tricíclicos, pues puede hacer inútil a la guanetidina por la hipertensión
Lugar receptor	Tanto los efectos secundarios sedantes como anticolinérgicos de varios fármacos pueden producir toxicidad	Una simple suma de un efecto farmacológico común

**TABLA Nº 13 FÁRMACOS CONTRAINDICADOS CON EL USO
DE FÁRMACOS PSIQUIÁTRICOS**

Descongestionantes nasales	Antigripales
Inhalantes antiasmáticos	Inhibidores del apetito
(beta-estimulantes)	Antihistamínicos
Aminas simpaticomiméticas	Anestésicos locales
(epinefrina, isoprotenol, etc)	Epinefrina
Anfetaminas, metilfenidato,	L-dopa
efedrina, fenilpropanolamina	Narcóticos

TABLA Nº 14. CARACTERÍSTICAS DE LOS FÁRMACOS A CADA NIVEL DE CONTROL DE LA DRUG ENFORCEMENT ADMINISTRATION

NIVEL DE CONTROL DE LA DEA (PROGRAMA)	CARACTERÍSTICAS DEL FÁRMACO A CADA NIVEL DE CONTROL	EJEMPLOS DE FÁRMACOS A CADA NIVEL DE CONTROL
I	Alto potencial de abuso Uso no aceptado en tratamiento médico en Estados Unidos en la actualidad y por tanto, no para uso en receta	LSD, heroína, marihuana, peyote, mescalina, psilocibina, tetrahidrocannabinol, nicodeína, nicomorfina y otros
II	Alto potencial de abuso Grave riesgo de dependencia física Grave riesgo de dependencia psicológica	Anfetamina, opio, morfina, codeína, hidromorfina, fennetracina, cocaína, amorbarbital, secobarbital, pentobarbital, metilfenidato y otros
III	Potencial de abuso menos que los niveles I y II Riesgo de dependencia física de moderado a bajo Alto riesgo psicológico	Glutetimida, metiprilona, PCP, nalorfina, sulfonmetano, benzofetamina, fendimetracina, clortermina, mazindol, compuestos que contengan codeína, morfina, opio, hidrocodona, dihidrocodeína y otros.
IV	Bajo potencial de abuso Limitado riesgo de dependencia física Limitado riesgo de dependencia psicológica	Barbital, fenobarbital, benzodiacepinas, hidrato de cloral, etclorivinol y otros
V	Menor potencial de abuso de todas las sustancias controladas	Preparación narcóticas que contienen limitadas cantidades de ingredientes medicinales activos no narcóticos.

CONCLUSIONES

1. Logramos rescatar el papel que ocupa el Odontólogo en el área de la psiquiatría. Ya que nunca se había aclarado su función en ella.
2. Definimos parámetros claros para instrumentos al profesional que le servirán en el futuro cuando se vean afrontados a este tipo de pacientes.
3. Entendimos que la única herramienta que puede utilizar hábilmente el profesional es la "comunicación," brindando confianza que nos traerá como consecuencia un éxito en el cumplimiento del tratamiento.
4. Creemos que logramos dejar una inquietud en los ámbitos públicos y universitarios, sobre la falta de preparación que tienen los profesionales en esta área.
5. Aclaramos que para lograr una buena relación Odontólogo-Paciente es indispensable realizar una historia clínica concienzuda, que a su vez nos ayudará a un mejor diagnóstico.

6. Observamos los grandes vacíos que se tienen sobre éste tema; ya que en ningún lugar se encuentran datos estadísticos; ni campañas que ayuden tanto a la prevención como a la solución de su mala situación dental.
7. Aprendimos que todos podemos por medio de un estímulo alcanzar en algún momento a presentar problemas a nivel psiquiátrico.

GLOSARIO

ABREACION: Proceso por el que el material reprimido en especial una experiencia dolorosa o un conflicto, emerge a la conciencia.

ACAROFobia: temor a los pequeños objetos como agujas.

ACATALEPSIA: Incapacidad para razonar o comprender.

ACATEXIA: Carencia de sentimientos en sujetos con emociones hormonales.

ACATISIA: Trastorno caracterizado por la incapacidad para permanecer sentado.

ACINESIA: Falta de movimiento físico, a menudo asociado a falta de actividad mental

ACINESTESIS: Pérdida de la sensación de existencia física.

ACLUFobia: Temor a la oscuridad

AFEFOBIA: Temor a ser tocado.

AGEUSIA: Falta del sentido del gusto, es común en la depresión.

AGOROFOBIA: Temor a los espacios abiertos

AGROMANIA: Excesivo interés por la vida solitaria o la reducción rural, asociado a la esquizofrenia.

AICMOFOBIA: Temor a los objetos puntiagudos

ALGOFOBIA: Temor al dolor

ALIENACIÓN: Desvinculación de una persona con respecto a si mismo o a la sociedad.

ALOPLASTIA: Adaptación al stress mediante el intento de un cambio de ambiente

ALUCINACIÓN CINESTESICA: Falsa percepción de movimiento muscular.

AMIMIA: Incapacidad para gesticular o comprender los gestos de otros.

ANANCASMO: Conducto o pensamiento repetitivo y estereotipado.

ANSIEDAD: Afecto desagradable que consiste en cambios psicofisiológicos en respuestas a conflictos intrapsíquicos. Los cambios fisiológicos consisten e incremento en cambios vasomotores. Los cambios psicológicos consisten en un sentimiento desagradable de peligro inminente

acompañado de sensación de indefensión, incapacidad para percibir la irrealidad de la amenaza, sentimiento prolongado de tensión y expectativa continua ante el supuesto peligro.

ATAXIA: Falta de coordinación entre sentimiento y pensamientos.

CATAXIA: Investidura consciente o inconsciente de la energía psíquica, de un impulso, una idea, un concepto o un objeto.

CIRCUNSTANCIALIDAD: Trastorno de los procesos asociativos de pensamiento, en el que el paciente se disgrega en detalles innecesarios antes de comunicar la idea central.

CLAUSTROFOBIA: Temor a los espacios cerrados.

COMPULSIÓN: impulso incontrolable de realizar un acto de manera repetitiva

CONACION: Parte de la vida mental de la persona que hace referencia a los instintos, impulsos y deseos expresados a través de la conducta.

CONCIENCIA: Parte del yo que juzga los valores y rendimientos personales

CONFLICTO: Lucha entre dos fuerzas emotivas antagónicas.

CONTENIDO LATENTE: Significado oculto o inconsciente de representaciones simbólicas.

CRONOFobia: Miedo al tiempo.

DELIRIO: Trastorno del estado de conciencia que surge por una reacción orgánica aguda, caracterizada por inquietud, aturdimiento, confusión, miedo.

DEPRESIÓN: Estado mórbido caracterizado por alteraciones anímicas, baja autoestima asociada a autoretardo psicomotor y retraimiento en los contactos interpersonales.

DESCOMPOSICIÓN: Fragmentación de una persona en varias entidades.

DESPERSONALIZACIÓN: Sensación de irrealidad de uno mismo, de una parte del yo o del ambiente sujeto.

ECOLALIA: Repetición de las frases o palabras de otra persona.

EGO-COPING SKILL: Método adoptativo o capacidad desarrollada por una persona para abordar un problema psicológico.

EMPATIA: Capacidad para ponerse en el lugar de otra persona, adoptar sus puntos de referencia y comprender objetivamente sus sentimientos y su conducta.

ESQUIZOCARIA: Forma aguda de esquizofrenia, en la que la personalidad del paciente se deteriora rápidamente.

ESQUIZOFRENIA: Trastorno mental de naturaleza psicótica, caracterizado por alteraciones del pensamiento, el humor y la conducta. El trastorno del pensamiento se manifiesta mediante la distorsión de la realidad, con ilusiones y alucinaciones, acompañadas por una fragmentación de las asociaciones, lo cual provoca un lenguaje incoherente. El trastorno del humor se hace potente por lo inapropiado de las respuestas afectivas. El trastorno conductual se expresa a través de la ambivalencia, inhibición apática y actividad barroca y peculiar. Sus causas siguen siendo desconocidas. En cuanto a los tipos, pueden ser simple, hebefrénica, catatónica, paranoide, esquizoafectiva, infantil, residual, latente y aguda crónica de tipo indiferenciado.

FIJACIÓN: Detención del desarrollo psicosocial en cualquier estadio precedente a la maduración completa; íntimo y paralizante vínculo a otra persona, como la madre o el padre.

GINEFOBIA: Temor a la mujer

HEBEFRENIA: Complejo de síntomas, considerado como una de las formas de esquizofrenia.

HEDONISMO: Búsqueda de placer.

HIPERMNESIA: Grado exagerado de retención y evocación.

HIPNOSIS: Alteración de la conciencia inducida artificialmente por otra persona.

HOLISMO: Estudio de una persona como entidad distintiva más que como conjunto de distintas características.

ILUMINISMO: Estado de alucinación en el que el paciente conversa con imaginarias criaturas sobrenaturales.

IMAGEN EIDETICA: Visualización objetos previamente vistos o imaginados.

INCONSCIENTE: Estado de inscusibilidad, con ausencia de percepciones.

INCORPORACIÓN: Mecanismo de defensa inconsciente por el que la representación del objeto es asimilado a través de una ingestión oral de carácter simbólico.

METONIMIA: Trastorno del lenguaje frecuente en la esquizofrenia, en el que la persona afectada usa una palabra o término relacionado pero no el apropiado.

NARCOSIS: Estupor inducido por fármacos.

NEUROSIS: Trastorno mental caracterizado por la ansiedad. Esta puede ser experimentada y expresada de un modo directo o bien a través de un proceso psíquico inconsciente susceptible de ser convertido, desplazado o sometido. Aunque en la neurosis no existe despersonalización ni una distorsión manifiesta de la realidad, puede alcanzar tal gravedad que dificulte el funcionamiento personal.

Las neurosis, pueden ser de los siguientes tipos: de ansiedad, histérica, fóbica, obsesiva-compulsiva, depresiva, neurasténica, de despersonalización e hipocondríaca.

OBSESIÓN: Idea, pensamiento o impulso persistente, que no pueden ser eliminados con esfuerzo lógico y consciente.

ORTOPSIQUIATRÍA: Estrategia combinada de higiene mental en la que participan la psiquiatría, la psicología y otras ciencias, con el fin de promover el saludable desarrollo emocional.

PANTOFOBIA: Temor a todo.

PARAMNESIA: Trastorno de memoria en el que se confunden la realidad y la fantasía.

PARANOIA: Síndrome psiquiátrico caracterizado por ideas delirantes, sistematizadas, con escasos síntomas de desorganización o ninguno.

PSICONANALISIS: Método freudiano de investigación psíquica y forma de psicoterapia. Como técnica para explorar los procesos mentales, el psicoanálisis incluye el uso de asociaciones libres y el análisis e interpretación de los sueños, las resistencias y la transferencias. Como forma de psicoterapia, empleas una técnica de investigación derivada de la teorías freudianas de la libido y los instinto y d el psicología del yo, con el fin de mejorar la introspección personal de motivaciones, de conflictos, y de los símbolos inconscientes, produciéndose cambios en la conducta desadaptada.

PSICOMETRIA: Creencia de la medición de la capacidad mental y de funcionamiento psicológico.

PSICOSIS: Trastorno mental en el que la capacidad mental de una persona, su respuesta efectiva y su capacidad para reconocer la realidad, comunicarse y relacionarse con los demás están deterioradas hasta el punto de interferir en el poder para afrontar las demandas de la vida. La psicosis se subdivide en: Psicosis asociadas o síndrome orgánicos cerebrales y psicosis funcionales.

PSICOTERAPIA: Forma de tratamiento de las enfermedades mentales y los trastornos conductuales, en la que una persona entrenada establece un contrato profesional con el paciente y una comunicación terapéutica definida, tanto verbal como no verbal, intentando aliviar los trastornos emocionales, modificar los patrones

desadaptativos de conducta y fomentar el desarrollo y crecimiento de la personalidad.

REGRESIÓN: Mecanismo inconsciente de defensas en el que una persona vuelve parcial o totalmente a patrones previos de adaptación. La regresión observa en muchos trastornos psiquiátricos y en la esquizofrenia.

REMISIÓN: Desaparición completa o parcial de los síntomas de un trastorno.

REPRESIÓN: Mecanismo inconsciente de defensa en el que una persona elimina de la conciencia las ideas, los impulsos o los efectos que son inaceptables para el.

RETRACCIÓN: Respuesta expresada por una persona o un grupo ante la conducta de la otra persona.

SIMBIOSIS: Relación de dependencia entre dos personas mentalmente enfermas que refuerzan de forma recíproca sus respectivas patologías.

SIMBOLIZACION: Mecanismo de defensa inconsciente por el que una idea u objeto suplanta a otro en virtud de sus cualidades comunes, se basa en la similitud y la asociación.

SUMISIÓN: Pasividad y aceptación contemporizadora de naturaleza neurótica.

TRANCE: Estado similar al del sueño, en el que hay una disminución en el nivel de conciencia.

ULULACION: Gritos incoherentes de los pacientes psicóticos o histéricos.

BIBLIOGRAFÍA

PERIZO, Wilma. El Dolor Crónico. Aspectos Psicológicos. Barcelona. Martínez Roca 1989. Dolor Aspectos Psicológicos.

COPLAN, Gerald. Aspectos preventivos en Salud Mental? Barcelona 1993 Edic. Pardos.

KAPLAN, Haro I. Compendio de Psiquiatría. México 1988.

COPLAN, GERALD. Principios de Psiquiatría Preventiva. Buenos Aires 1986.

TABORDA RAMÍREZ, Luis Carlos. Principios de Semiología Psiquiátrica Universidad Nacional de Colombia 1995 Bogotá Colombia.

WATILACULOCK, Paul. Cambio: Formación y Solución de los problemas humanos. Barcelona, editorial Herder 1992.

PRITHIVI, Raj. Tratamiento práctico del dolor. segunda edición. Mosby editorial 1993

FUENTENEYRO DE DIEGO, Filiberto. Psicología Médica. Psicopatología y Psiquiatría. Interamericana Mc Graw Hill. Madrid 1990. Volumen 1 y 2.

FREEDMAN, Alfred. Tratado de Psiquiatría.
Barcelona 1992.

YATES, Aubrey. Terapia del comportamiento.

RUMM C, David. & MASTERS, Jhon C. Terapia de la
conducta; técnica y hallazgos empíricos.

MEJIA GALVIS, Alvaro. Oralidad y Odontología.
Bogotá, 1994

ERICKSON, Milton. Técnicas de Relación. Editorial
Herder. 1993.

MEDLINE. Escala del Dolor. Laboratorios Italmex.
Santafé de Bogotá 1995.