



ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGIA SOCIAL Y COMUNITARIA

PROYECTO DE INTERVENCION

TITULO: PLAN DE SALUD BUCAL EN  
PACIENTES PSIQUIATRICOS.

*Plan de salud bucal integral para pacientes con  
trastornos tal como esquizofrenia, bipolaridad y ansiedad.*

ALUMNA: od. CERQUETTI LE MOGLIE, FLORENCIA

DIRECTORA: Mg. FINGERMANN, GLORIA FANNY

-FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA PLATA-  
AÑO 2020

ÍNDICE:

- Presentación del problema y los interrogantes..... Página 2

|  |           |
|--|-----------|
| – Justificación de la relevancia de la implementación del proyecto ..... | Página 6  |
| – Objetivos .....  | Página 13 |
| – Diagnóstico inicial .....  | Página 13 |
| – Marco teórico o Fundamentación teórica inicial .....                   | Página 23 |
| – Descripción general del Proyecto.....                                  | Página 46 |
| – Cronograma de trabajo .....  | Página 55 |
| – Conclusión .....   | Página 56 |
| – Bibliografía de cita .....   | Página 57 |
| – Bibliografía General .....   | Página 58 |

### **Presentación del problema y los interrogantes:**

En América Latina y el Caribe, los trastornos mentales representan el 22,4% de la carga general de enfermedad y, junto con otros problemas psicosociales, representan una importante y significativa parte de la morbilidad que se atiende en los centros de atención primaria.

Datos recientes demuestran que la mayoría de los trastornos mentales severos comienzan durante la niñez y la adolescencia. De hecho, 75% de los trastornos mentales se inician antes de los 24 años.<sup>1</sup>

La población adulta mayor se ha incrementado en los países de América latina y el Caribe, al igual que han aumentado los trastornos mentales asociados a esta etapa de la vida, como la depresión, las demencias, los cuadros delirantes y el abuso. Se estima que 30% de las personas mayores de 65 años padecen de depresión.

Las enfermedades bucodentales son las enfermedades no transmisibles más comunes, y afectan a las personas durante toda su vida, causando dolor, molestias, desfiguración e incluso la muerte.

Según estimaciones publicadas en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2016, las enfermedades bucodentales afectan a la mitad de la población mundial (3580 millones de personas), y la caries dental en dientes permanentes es el trastorno más prevalente.<sup>2</sup>

El objetivo del siguiente proyecto es establecer un protocolo de atención bucodental para pacientes con ciertos trastornos mentales, que pueda ser utilizado en cualquier institución pública con un equipo de trabajo interdisciplinario preparado e informado sobre salud integral.

Los pacientes para los que va a estar destinado este protocolo se encontraran en un estado ambulatorio, realizando su correspondiente terapia para su padecimiento mental, pudiendo ser esquizofrenia, ansiedad o trastorno bipolar, asistiendo diariamente a “casas de día” o denominadas también de “pre alta”, dependientes de la institución donde fueron internados.

Aplicaremos al protocolo el concepto de desinstitucionalización: Transformación de las instituciones hospitalarias de régimen cerrado, en las que tradicionalmente se efectuaba el tratamiento de enfermos deficientes mentales y de minusválidos físicos y sensoriales, en centros de asistencia abiertos, integrados en la comunidad, con la instauración de formas de vida y de tratamientos alternativos a la institucional.

El hospital psiquiátrico ha sido creado desde sus orígenes como un proyecto destinado a ocultar lo que la sociedad rechaza y no tolera, por atentar contra su cotidianeidad. Lugar de control social, de marginalidad, donde se intenta mantener bajo clausura la diversidad y lo heterogéneo. Estas instituciones a causa de su misión social están asignadas a una posición de articulación entre la patología y el orden social. Nuestra sociedad necesita construir una comunidad que se pueda hacer cargo del cuidado de las personas en general y en particular de aquellas aquejadas por el sufrimiento mental, y que haya servicios de salud mental que estén, valga la redundancia, al servicio de la reparación porque de lo contrario se convierten en depósitos sociales de la marginación.

En Argentina, Pichón Riviere, José Bleger, Mauricio Goldenberg y Valentín Barenblit, fueron autores de un movimiento que revisó la misión del hospital psiquiátrico, y que lograron incorporar otras prácticas con el objetivo de encontrar nuevos modos de comprender y organizar los cuidados de las personas que tienen distintos padecimientos mentales. Y así encontramos un espacio singular, transicional, de entrecruzamiento de distintos paradigmas, donde conviven diferentes posturas ideológicas y científicas, un espacio que genera las condiciones de un pensamiento complejo y crítico. El cambio implica reducir en forma progresiva los dispositivos de la internación e integrar la

atención de salud mental en los servicios de salud generales, según lo que se dictaminó en el informe de la OMS del año 2001.<sup>3</sup>

El proyecto de cerrar las instituciones psiquiátricas asilares, es una idea que no entra en discusión en los círculos intelectuales más progresistas del campo de la Salud Mental, pero para que este proyecto tenga un sustento que lo haga factible, hay que trabajar sobre dos premisas:

- Crear un sistema asistencial alternativo (casas de día o de prealta).
- Darle una solución a las personas que están en estas instituciones. Esto sería el aplicar programas de reubicación social basados en una política de externación.

Con la promulgación, en el año 2010, de la Ley Nacional de Salud Mental, nuestro país comenzó a transitar un nuevo camino: el cierre de los hospitales psiquiátricos, la integración plena de los enfermos mentales a la comunidad, y el respeto a los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales, partiendo de una definición de salud mental entendida como un “proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

Se inicia así un proceso de desmanicomialización de la salud mental, uniéndonos de esta manera a nuestros países vecinos de Brasil y Chile. La nueva ley sostiene que los servicios de salud mental deben estar basados en la comunidad. Promueve el trabajo interdisciplinario entre todos los miembros del equipo de salud. Y considera el internamiento en un centro sanitario como un recurso excepcional, que debe realizarse en hospitales generales, donde el paciente pueda recibir una atención integral de su salud y por cortos períodos. Desmanicomializar no es solo dejar de internar. Un trato manicomial puede darse (y se da) fuera de los hospicios. Un trato manicomial es pensar en seres (ser psicótico, ser esquizofrénico, entre otros) y no en sujetos.

En la actualidad, la mayoría de las líneas de la psiquiatría se oponen al empleo de los términos “enfermedad mental” y “paciente psiquiátrico”, a partir del argumento de que estos términos fortalecen la prevalencia del modelo médico.

La mayoría de los documentos clínicos internacionales evitan usar el término “enfermedad mental”, y prefieren emplear, en cambio, el término “trastorno mental.

El CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud) señala que el término “trastorno” se emplea para evitar los problemas mayores inherentes al uso de otros términos tales como enfermedad. Trastorno no es un término exacto, pero se usa aquí ‘para implicar la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberían incluirse en la noción de ‘trastorno’.

El término “trastorno mental” puede cubrir la enfermedad mental, el retraso mental (también conocido como “retardo mental” y “discapacidad intelectual”), los trastornos de la personalidad y la toxicomanía. No todos consideran que todas estas categorías constituyen trastornos mentales; no obstante, muchas cuestiones legislativas relativas a cuadros clínicos tales como la esquizofrenia y la depresión bipolar son igualmente aplicables a otros cuadros, como el retraso mental, de modo que es preferible una definición amplia.

La inclusión de trastornos de la personalidad en la definición de “trastorno mental” es una cuestión igualmente compleja. Los trastornos de la personalidad son considerados parte del espectro de los trastornos mentales a nivel clínico, como lo refleja su inclusión en sistemas de clasificaciones tales como el CIE-10 y el DSM-IV.

Un término alternativo al de “trastorno mental” es el de “discapacidad mental”. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, define discapacidad como “un término baúl para incapacidades, limitaciones en la actividad, o restricción en la participación”. Denota los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con un cuadro de salud particular) y los factores contextuales de ese individuo (factores ambientales y personales). “Discapacidad mental” no es sinónimo de “trastorno mental”, pero incluye a las personas con trastornos mentales. Las personas que se han recuperado de un trastorno mental pueden seguir teniendo discapacidades, y muchas personas que experimentan trastornos mentales también tendrán discapacidades debidas al trastorno. “Discapacidad” significa, en algunas circunstancias, un signo intrínseco de

una enfermedad o síndrome específico (por ejemplo, el diagnóstico de algunos trastornos mentales requiere la presencia de limitaciones funcionales), y en otros casos es una consecuencia de esa enfermedad o síndrome.<sup>4</sup>

El padecimiento es una sensación de dolor físico y/o moral o psicológico y angustia, que personas y animales pueden experimentar provocadas por causas naturales o humanas.

Según la nueva ley de salud mental, en el capítulo uno- derechos y garantías- aplica el concepto y lo define como: “todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657.

Debido a esto, utilizaremos a lo largo del proyecto el término de “personas con padecimiento mental”, dejando atrás por múltiples causas ya descritas y que iremos ampliando, la definición de “pacientes psiquiátricos” como nos indica el título del trabajo.

### **Justificación de la relevancia de la implementación del proyecto:**

Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad.<sup>5</sup>

En todo el mundo, las personas con trastornos de salud mental están expuestas a una serie de violaciones de los derechos humanos. Con frecuencia, la estigmatización que afrontan hace que se las margine socialmente y no se les dispensen la atención ni los servicios ni el apoyo que necesitan para desarrollar una vida plena en la comunidad. En algunas comunidades, las personas con trastornos mentales son abandonadas semidesnudas o vestidas con harapos en las afueras de la ciudad, atadas, golpeadas y sin comida.

En muchos hospitales de salud mental las personas están apenas mejor. Se les mantiene encadenadas, confinadas en camas con barrotes, privadas de ropa, ropa de cama, agua potable o baños adecuados, y son objeto de abusos y negligencia.

Además, las personas con trastornos de salud mental sufren discriminación cotidianamente, en particular en los ámbitos de la educación, el empleo y la vivienda. En algunos países, incluso, se les prohíbe votar, casarse o tener niños.

Las personas con trastornos mentales se encuentran entre las personas más desatendidas del mundo. En muchas comunidades, las enfermedades mentales no se consideran una verdadera afección médica, sino un síntoma de debilidad de carácter o un castigo por un comportamiento inmoral. Incluso cuando se reconoce que esas personas padecen una afección médica, a menudo se les da un trato menos que humano.

Durante mucho tiempo cualquier sufrimiento mental ha sido sinónimo de internación en hospitales psiquiátricos. De acuerdo con Pessotti el siglo XIX fue el período en que más se crearon manicomios y que más se apuntó a la terapia hospitalaria para el tratamiento de los disturbios mentales. Con la consagración de ese modelo de atención, cada vez aumentaba más el número de los pacientes que eran retirados de la convivencia con la familia y con la comunidad, quedando aislados y sufriendo los más diversos tipos de tratamiento, la llamada violencia asilar. Las características de ese modelo fueron: una creciente demanda de pacientes, la falta de profesionales para cubrir esa demanda, la necesidad de ampliar estructuras físicas que generaron enormes gastos y ningún impacto.

A partir de la mitad del siglo XIX surge en Francia el movimiento anti-manicomio, en el cual toman parte la comunidad científica, la prensa y las instituciones civiles, apuntando a la necesidad de retirar de los manicomios a la mayoría de los pacientes, considerándose adecuada la permanencia apenas de quienes resultaban un potencial peligro para ellos mismos o para terceros.

En muchos países de la región de las Américas el presupuesto dedicado a la salud mental aún no excede el 1% del presupuesto general de salud. Lo más preocupante es que más de 90% de ese financiamiento se dedica a hospitales psiquiátricos, es decir, que la estructura del gasto no responde a los nuevos modelos de atención descentralizados e insertos en la comunidad.

Las violaciones de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales se producen en comunidades del mundo entero -en centros de salud mental, hospitales y en las comunidades en general.

Los Ministerios de Salud, las organizaciones de personas con trastornos de salud mental, los profesionales sanitarios, las ONG, incluidas las organizaciones de personas

discapacitadas, las instituciones académicas, las asociaciones profesionales y otras partes interesadas deberán aunar esfuerzos para informar al público y cambiar sus actitudes respecto de las enfermedades mentales, y defender los derechos de las personas con trastornos mentales.<sup>6</sup>

Se deberán establecer medios para evaluar la calidad de la atención y la situación en lo concerniente a los derechos humanos, a fin de proteger a las personas contra tratos inhumanos o degradantes, condiciones de vida inadecuadas e internación y tratamiento involuntarios.

Los gobiernos deberían apoyar la creación y/o el fortalecimiento de organizaciones de personas con trastornos de salud mental, así como organizaciones de sus familias. Esos grupos están en la mejor situación para destacar los problemas, especificar sus necesidades y contribuir a encontrar soluciones para prevenir violaciones y mejorar los servicios de salud mental y otros servicios necesarios en los países. Los gobiernos tienen una función esencial que desempeñar en la formulación y aplicación de políticas, planes, leyes y servicios.

Es preciso formar y capacitar al personal de salud mental de cada nivel del sistema de atención de salud para asegurar que todas las personas puedan acceder a servicios de buena calidad orientados a promover la recuperación y el respeto de los derechos humanos.

Sumado al abandono generalizado, estas personas además quedan totalmente olvidados en lo referido a salud bucal.

Se les posterga la atención en cualquier guardia, salita o centro de salud más cercano al que concurren alguna vez por urgencia, y son sistemáticamente derivados al hospital especializado en psiquiatría.

El personal de salud está muy poco capacitado para recibirlos, escucharlos, y resolverles su problemática.

No hay instituciones que les ofrezcan educación para la salud ni prevención. No tienen información necesaria, ni los elementos para tener salud bucal.

Por esta razón, a muy temprana edad pierden la totalidad de sus piezas, quedan desdentados parciales o totales, con todo lo que esta situación conlleva a nivel de autoestima, seguridad y reinserción social.

En el área de la Promoción de la Salud, la Educación en Salud demostró ser un importante componente de modo que las informaciones sobre salud general y bucal se incorporan como parte del estilo de vida. Entretanto, se sabe que la propuesta de educación en salud debe lidiar con el contexto natural, en el cual existe la enfermedad, influenciando las respuestas de las personas a sus problemas de salud y dificultando su motivación para un cambio de hábito en base a teorías educativas solamente. Por lo tanto, la adecuada formulación consiste en la visión integrada de las diferentes dimensiones y también a la evaluación de las acciones con la perspectiva de la atención de la salud. De acuerdo con las Directivas de la Política Nacional de Salud Bucal, “la educación en salud comprende acciones que tienen como objetivo la apropiación del conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad incluyendo factores de riesgo y de protección, así como posibilitar al paciente cambiar hábitos apoyándolo en la conquista de su autonomía.

La atención de la salud bucal debe considerar tanto las características sociales como las peculiaridades culturales, al promover por ejemplo una alimentación saludable, el mantenimiento de la higiene bucal y la importancia del autocuidado, considerando que la boca además es un órgano de expresión de sentimientos y defensa”.

Considerando las Políticas Nacionales de Salud Bucal y de Salud Mental, la Atención Primaria de la Salud: integración, equidad y universalidad, son los componentes necesarios en los modelos asistenciales de salud bucal.

Esto cobra especial relevancia en los pacientes vulnerables que tienen capacidad limitada de realizar cuidados bucales y el acceso dificultado por múltiples factores (disturbios en la comunicación).

Adicionalmente, en muchos países, los servicios no están bien planificados, organizados o distribuidos para responder a la carga que significan los trastornos mentales, y la consecuencia de esto es que hay una brecha importante en cuanto al tratamiento. Uno de los grandes desafíos para los servicios de salud mental en este siglo es precisamente reducir esta brecha, y llevar un servicio de calidad a esta población. No solamente servicios especializados con psiquiatras y psicólogos, sino que pueden ser servicios que se prestan en la atención primaria de la salud.

La epidemiología muestra que las enfermedades mentales son una de las cuatro prioridades sanitarias, junto con las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes de toda sociedad post – industrial, así como en países jóvenes. Los informes estadísticos indican que, aproximadamente, tenemos una probabilidad sobre dos de vivir un problema de salud mental a lo largo de nuestra vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que el 25 % de la población padece alguna forma de trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida y que una de cuatro familias tiene al menos uno de sus miembros con padecimientos mentales<sup>7</sup>; porcentaje mucho mayor en países de bajos ingresos. A ello se sumaría el incremento del consumo de alcohol, la drogadependencia y el daño a la salud mental que suponen estados como la pobreza permanente, el desempleo o la discriminación social.

La consideración de persona enferma no sólo depende de alteraciones de su personalidad sino de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones. Este hecho demuestra la importancia de los valores sociales en la definición de salud o enfermedad mental.

Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y de los comportamientos utilizados para designar a una persona como sana o enferma varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada sociedad.

Entonces, desde esta perspectiva, un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social y el período histórico en que emerge. En el siglo XV, desde una concepción mágica se consideraba a la locura como una enfermedad del alma, por ejemplo.

A grandes rasgos, el siglo XX se caracterizó por la influencia del psicoanálisis, la expansión de la clasificación nosológica de las alteraciones mentales, el desarrollo de la neurología, la fisiología y la bioquímica -bases del desarrollo de la psiquiatría organicista, el auge de la psicofarmacología y, finalmente, el inicio de concepciones psicosociológicas de la enfermedad mental.

Sólo una quinta parte de esta población es tratada por profesionales de la salud mental. Por lo tanto, esta problemática no sólo abarca el campo de los problemas mentales, sino, también, gran parte de la actividad de los médicos generalistas. La realidad indica que la preocupación médica se centra en la enfermedad física, ignorando la repercusión negativa de las dimensiones psíquicas y relacionales.

Sin embargo, esta cuantificación no basta para evaluar la gravedad del problema ya que con frecuencia estas personas, partiendo de una situación desventajosa, viven en condiciones deplorables debido a la existencia de barreras que obstaculizan la integración con el ámbito familiar y la participación plena en la comunidad, siendo entonces afectadas por serios problemas psicosociales.

Si se reconoce que la protección de esta población vulnerable es también una obligación del Estado, un primer problema a abordar es la visibilidad de la situación que permitiría poner el tema en un escenario de discusión para las políticas públicas pertinentes a las necesidades encontradas.

Un segundo problema es que los fenómenos mentales requieren una reflexión multidisciplinaria, con una real interdependencia de enfoques, los que, hasta la fecha, aun con intentos aislados, suelen actuar sectorialmente desde diversos paradigmas científicos y distintos criterios asistenciales.

En esa reflexión multidisciplinaria no está incluida la Salud Bucal y es hoy un desafío pendiente.

Mediante el siguiente trabajo, se pretende establecer un protocolo a seguir para la atención de pacientes con distintos tipos de padecimientos mentales (esquizofrenia, bipolaridad, ansiedad), de manera que, conociendo sus necesidades y problemáticas, el odontólogo pueda posicionarse en una atención integral.

Este protocolo está dirigido para aquellos pacientes que se encuentran en una situación de prealta, pudiendo valerse por sus propios medios o guiados por sus acompañantes terapéuticos, al lugar de atención más cercano a su lugar de residencia y, en consecuencia, no derivarlos a la institución en la que son tratados por su problemática psiquiátrica.

Gracias a la ayuda de un trabajo multidisciplinario continuo, se podrá recibir en hospitales y residencias a pacientes con estas características, beneficiando principalmente al paciente, y formar profesionales de salud bucal preparados en este ámbito.

El principal recurso que es el humano debe estar dispuesto a interactuar constantemente con el acompañante terapéutico, quien va a ser, el que dirija a nuestro paciente una vez que deja el hospital/ residencia.

Las actividades se llevarán a cabo en la consulta odontológica con la presencia de su acompañante, y el odontólogo, mediante la técnica DECIR- MOSTRAR- HACER ira

trabajando en los cambios de hábitos de higiene, transformándolos en demanda, para que luego en prealta el acompañante pueda reproducir y seguir trabajando tanto con el paciente individual o de manera grupal, con compañeros, familiares, etc.

El odontólogo, por su parte, deberá conocer el diagnóstico de su paciente que será explicado por su psiquiatra, ya sea de su conducta como de su medicación, y adecuarse a ciertas características comunes como: cambios de ánimos, ansiedad por lo que las visitas deberán ser cortas, sin mucha espera, inconstancias en la asistencia, etc.

La mayor parte de los 200 millones de habitantes de Mesoamérica y América del Sur viven en las cercanías de las costas, donde, con frecuencia, la densidad de población casi llega a 200 habitantes por Km<sup>2</sup>.

En el área que aquí se examina, hay un dentista por cada 5.300 habitantes, pero en esto hay tanta diversidad como en todos los demás aspectos antes mencionados. La proporción dentista-paciente varía, según el país, de uno por 1.600 personas, en Uruguay (proporción ligeramente más favorable que la de Estados Unidos, que es de uno por cada 1.700 habitantes), a uno por 35.700 personas. En general, en los países de situación económica menos favorable, los problemas de salud son más graves y los medios para hacerles frente, menos adecuados. Dado que la población de América Latina es joven, con recursos limitados y una elevada tasa de ataque de caries, es evidente que las enfermedades dentales pueden ser una seria amenaza para el progreso de los pueblos de esta región.

Un reciente estudio de mercado ubica a la Argentina entre los 10 países de América Latina que menos productos consumen para la higiene dental diaria. El informe fue realizado por la marca Colgate con datos consolidados del 2017 y ubica a nuestro país en el octavo lugar en consumo de crema dental por persona, detrás de Paraguay y lejos de Costa Rica, Brasil y Chile, quienes encabezan la lista con los mejores puntajes.

El doctor Javier Canzani -quien en 2016 se desempeñó como director nacional de Salud Bucodental del Ministerio de Salud de la Nación- manifestó que los altos índices de caries en la Argentina datan de hace muchos años. Y además agregó: "Dependiendo de la zona del país que analicemos es mayor o menor el porcentaje de personas que sufren problemas de caries. En las zonas más vulnerables esta situación se profundiza aún más.

La caries dental continúa siendo un problema que afecta considerablemente a la población. Las enfermedades bucales constituyen uno de los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en toda la población, sin distinción de edad o nivel

socioeconómico, se manifiestan desde los primeros años de vida, y sus secuelas producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético por el resto de vida de los individuos afectados.

El reporte anual 2014 del Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE) muestra que "los problemas de salud detectados en los/as niños/as y adolescentes se presentaron con distinta frecuencia. Los más prevalentes fueron los hallazgos odontológicos. Más de la mitad de los/as niños/as evaluados/as presentaron patología de las piezas dentarias (caries, dientes obturados, extraídos y perdidos), tanto de las piezas dentarias temporales como permanentes. Este problema afecta a más de la mitad de la población y es la patología más frecuente en los/as niños/as en edad escolar".<sup>8</sup>

### **Objetivos:**

#### **General:**

-Proponer un plan de salud bucal integral para pacientes con trastornos tal como esquizofrenia, bipolaridad y ansiedad, que se encuentran en situación de pre- alta.

#### **Específicos:**

- Reconocer signos, síntomas y formas de comportamiento de pacientes con esquizofrenia, bipolaridad y ansiedad.
- Indagar sobre las necesidades de los pacientes que padecen este tipo de trastornos frente a la consulta odontológica.
- Realizar un trabajo multidisciplinario con psiquiatras, psicólogos, acompañantes terapéuticos y odontólogos.
- Aplicar como protocolo de atención, el plan de salud bucal, en residencias y hospitales públicos, para pacientes en prealta.

### **Diagnóstico inicial en la que la propuesta se inserta:**

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».<sup>9</sup>

El bienestar mental es un componente fundamental de la definición de salud según la OMS. La buena salud mental hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a la Salud Mental como “estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que puedan introducirse en su ámbito físico y social.

La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo.

La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos.

Ahora bien, también mencionaremos algunas de las características de las personas mentalmente sanas, las estudiadas por Pacheco en su artículo “El concepto de salud mental”<sup>10</sup>:

- Están satisfechas consigo mismas. No están abrumadas por sus propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones). Pueden aceptar las decepciones de la vida sin alterarse dramáticamente. Tienen una actitud tolerante y relajada respecto a la propia persona y a los demás. Son capaces de reírse de sí mismas.

- Se sienten bien con los demás. Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás. Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas. Son capaces de confiar en los demás y están abiertos a que los otros confían en ellos. Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.
- Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta. Aceptan sus responsabilidades ante los problemas que se van presentando. Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario. Planifican el presente de cara al futuro, al que enfrentan, en vez de evadirlo, a pesar del posible temor que puedan sentir.

La salud mental es importante, pero queda un largo camino por recorrer hasta que se consiga. Quedan muchos aspectos por resolver, como el descuido de los servicios y la atención a la salud mental o las violaciones de los derechos humanos y la discriminación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales.

Las enfermedades mentales afectan en mayor grado a grupos poblacionales pertenecientes a estratos socioeconómicos más bajos, para los cuales los servicios son más escasos y sólo una minoría que requiere atención la recibe efectivamente, no obstante, la magnitud del sufrimiento que los trastornos producen. Estos generan costos relacionados con el tratamiento a largo plazo y con la pérdida de productividad, retroalimentando así el circuito de la pobreza.

Hace ya varios años, en nuestro país, los derechos humanos empezaron a tomar otra repercusión siendo protagonistas de varios temas de debate. Lo cierto es que los derechos humanos, quedaban postergados constantemente.

La constitución de la OMS establece un principio internacional fundamental en virtud del cual el goce del grado máximo de salud que se puede lograr no es solamente un estado o condición de la persona, sino también uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social.

El derecho a la salud es una herramienta para salvar vidas, que debe ser utilizado por todos los trabajadores de la salud y funcionarios de la justicia. "Dignidad", "autonomía", "equidad", "no discriminación" son principios que tienen que ser colocados en el centro de lo que hacemos todos los que tenemos responsabilidades compartidas de la salud de la gente. Por una parte, son obligaciones morales, pero también son obligaciones legales.

Esto nos lleva a otro punto que es relevante, y que son las políticas de Estado. Ninguna sentencia judicial aislada, ninguna ley por si sola va a solucionar estos problemas. Se necesitan políticas públicas coordinadas.

Todos los estados de la OPS, incluyendo Argentina, han reconocido la constitución de la OMS, que establece que el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Lo importante de la Constitución de la OMS es que también se refiere a que surgen obligaciones por parte de los estados miembros de la OMS, y que estos tienen la responsabilidad en la salud de los pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias adecuadas. La OPS considera que debe ser protegido el derecho a la salud en el contexto de la salud mental, de conformidad con los estándares que sigue la OPS para interpretar las obligaciones que tienen los estados miembros con relación al derecho a la salud. Estos estándares incluyen:

- Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima, que sea nutritiva y adecuada, sobre todo en centros de salud.
- Garantizar el derecho al acceso a centros, bienes y servicios de salud mental sobre una base no discriminatoria.
- Garantizar el acceso a condiciones sanitarias básicas, así como al suministro de agua potable y limpia, sobre todo en centros de salud mental.
- Facilitar medicamentos esenciales (en este caso medicamentos psicotrópicos), de acuerdo con los lineamientos de la clasificación de medicamentos de la OMS.
- Asegurar la distribución equitativa en todas las instalaciones de bienes y servicios de salud, incluidos los servicios de salud mental.

En este marco, se sanciona en el año 2010, la ley 26.657, donde se establece la defensa de los derechos de los pacientes modificando el Código Civil. En primer artículo hace alusión a los derechos y garantías, teniendo por objeto, asegurar la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas que se encuentren en territorio nacional.

En conceptos de salud, los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la mencionada ley.

De esta manera, el artículo 7 deja bien en claro los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que, en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;

- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

La localidad de La Plata cuenta desde el año 1884, con uno de los nosocomios más importantes del país, Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos, Neuropsiquiátrico "Dr. Alejandro Korn" de Melchor Romero. El mismo se encuentra ubicado a doce kilómetros de la ciudad de La Plata, y surgió de la mano del proyecto fundacional de la capital de la provincia con una concepción de "colonia", para alojar a personas excluidas de la vida en comunidad por sufrir enfermedades psiquiátricas. Con el tiempo, la localidad de Melchor Romero creció y se desarrolló en torno a la institución.

Actualmente, el manicomio aún activo, coexiste con un hospital general en crecimiento y con obras de ampliación en su guardia y tres centros comunitarios de salud mental ubicados en la ciudad de La Plata, que brindan atención a personas externadas y en vías de externación.

Con el cambio de gestión gubernamental en 1989, y la consolidación de políticas neoliberales comienza a desarticularse el proceso de transformación que se venía sosteniendo en el área de la salud mental. La Dirección Nacional tuvo una política clara de desmantelamiento y los programas pasaron a ser responsabilidad de cada provincia y/o de cada grupo de intervención. La reforma sanitaria de la década de los '90 marcó el pasaje del gobierno de los hospitales psiquiátricos y las colonias a las provincias y a la municipalidad de Buenos Aires (1991), una de las últimas acciones descentralizadoras del estado nacional en el ámbito de la salud. Esto dio lugar a disparidades muy fuertes, con proyectos de atención no manicomiales desmembrados, aislados y muy diferentes según las jurisdicciones.

Sin embargo, la construcción de la red nacional de servicios de salud mental y la organización alcanzada durante el período anterior posibilitaron la continuidad de las articulaciones interjurisdiccionales durante un tiempo. Esto ocurrió tanto con los grupos de funcionarios de las áreas provinciales, como con los trabajadores que intentaban acciones transformadoras. El ejemplo más relevante en este sentido fue la Conferencia Nacional de Salud Mental. Este evento, que se realizó en la provincia de Río Negro en octubre de 1994, tuvo como lema “Del hospital psiquiátrico a la atención comunitaria” y fue convocado conjuntamente por 13 provincias y contó con la participación de 1.300 trabajadores del área. Si bien en esta Conferencia se instalaron debates profundos, los acuerdos elaborados implicaron un compromiso con la construcción de experiencias de superación del manicomio, a través de una perspectiva para el cambio basada en lineamientos políticos de descentralización–democratización a través de trabajo preventivo, trabajo comunitario, trabajo interdisciplinario y trabajo intersectorial.<sup>11</sup>

La elaboración de normas de intervención en crisis y la conformación de equipos multidisciplinarios fueron fundamentales para la transformación que culminó con el cierre del hospital monovalente y la decisión política de internar a las personas con padecimientos mentales en hospitales generales, compartiendo con clínica

médica el sector de camas. El hospital rural y el de mayor complejidad fueron las bases de operaciones desde donde los equipos de salud mental intentaron reconstruir la red social que incluye centros periféricos y su personal como primer eslabón en la cadena de consultas y seguimiento de la persona externada o que estuviese internada en su propia vivienda.

El modelo estableció estructuras intermedias entre la internación y la externación o el afuera; se posibilitó la asistencia de personas internadas por episodios críticos.

La paulatina transformación, por reducción de camas de los hospitales, fue un proceso realizado por planificación estratégica con inclusión simultánea de la comunidad, los profesionales y los pacientes. El pensamiento filosófico que acompañó el proceso fue la recuperación de los vínculos sociales donde no se aborda al sujeto desde sus conflictos intrapsíquicos, sino desde la situación susceptible de atravesar múltiples crisis a lo largo de su vida y desde la concepción de multideterminación del proceso salud-enfermedad mental.

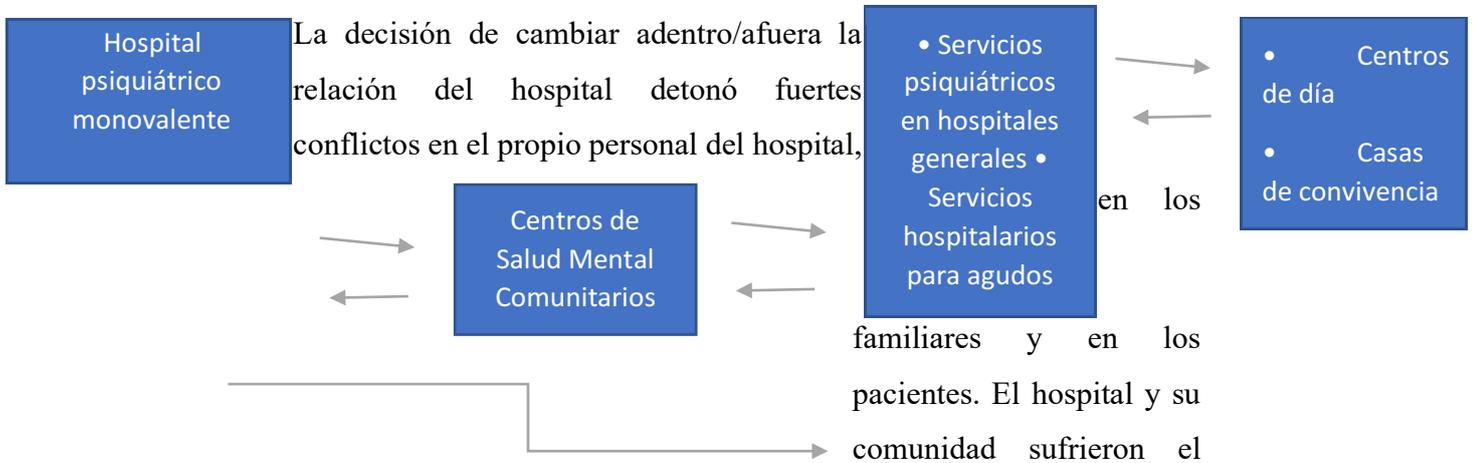
La integración de la red se conformó con personas provenientes de sectores convencionales como el de salud y otros no convencionales como justicia, vivienda, secretarías de trabajo, iglesias y no solamente con los recursos materiales que les sirven de instrumentos. Se promovió el acompañamiento permanente de familiares, amigos u operadores de salud mental.

Las visitas domiciliarias constituyeron un instrumento terapéutico que promovió una relación de cercanía que aumentó la adherencia al tratamiento. La habilitación de dispositivos laborales de acuerdo con la cultura y disponibilidad de recursos, entre otros, granjas de producción agrícola, concesión de confitería, servicios de comida y dieta hospitalaria, cooperativas de comidas a domicilio, albergue de alta montaña, promovió la adquisición de habilidades para la vida cotidiana, el intercambio cultural y la formación laboral.

El trabajo intersectorial y con las familias fue determinante para la aceptación del cambio por parte de la comunidad. Se intentó modificar el concepto de familia que abandona al enfermo mental por el de abandonada por falta de información y

seguimiento que reforzaran su potencial reparador al hacerse cargo de su familiar enfermo.

Modelo argentino: estructura organizacional y trayectos del paciente



familiares y en los pacientes. El hospital y su comunidad sufrieron el impacto de su práctica. Cada acción institucional en el medio social generaba más situaciones y con cada salida diaria se forzaba un contacto para el que ni la institución asilar ni la población de la comunidad estaban preparados. Al efecto se debió definir un plan de externación y reinserción de quienes se encontraban internados y, a la vez, normalizar futuras internaciones dentro del programa. Algunos pacientes continuaron internados; otros encontraron reinserción en hogares que recibían asistencia del Estado provincial, ayuda municipal o de juntas vecinales o centros de salud.

Si bien no existe un modelo de desinstitutionalización universal, la rehabilitación psiquiátrica y la reinserción social de los pacientes con alteraciones mentales tienen bases científicas que los planificadores no deberían desconocer.

El énfasis de una transformación exitosa debe trasladarse de los lugares y programas de tratamiento a los pacientes. El foco de la rehabilitación deberá estar en la recuperación y desarrollo de habilidades y capacidades remanentes. Muchas reinternaciones se producen por discapacidades sociales, laborales y a la falta de motivación de los pacientes, lo que les genera dificultades laborales como conseguir y mantener un empleo. No es posible la “desinstitutionalización” sin la “desestigmatización”. Son variables claves la vivienda, la toma regular de

medicación, la continuidad de los cuidados, el lugar de internación, la psicoeducación del entorno del enfermo.

La rehabilitación y reinserción social del paciente psiquiátrico deberá hacerse sobre bases firmes que aseguren la cobertura de necesidades personales y materiales insatisfechas de cada paciente individual. Los procesos de externación dinámicos deberán considerar el ofrecimiento de vivienda, la toma regular de medicación, la psicoeducación de las familias y la continuidad de los cuidados que incluyan el lugar de internación como elemento importante del sistema.<sup>12</sup>

El 10 de diciembre de 1987 se inauguró La Casa de Pre Alta del hospital provincial "*Alejandro Korn*" y se trató del primer centro de salud mental de la Provincia ubicado fuera del manicomio, lo que constituye un dispositivo fundamental para la externación de los pacientes psiquiátricos. La idea es diferenciarse en varios aspectos de los que es un manicomio formando un dispositivo de ayuda, contención y recuperación de los pacientes, donde el equipo de trabajo se adapte a cada uno de ellos durante su proceso de externación.

El hecho de identificarse como "**CASA**" de Pre Alta desprende un índice de presencia mental sobre familiaridad, armonía, compañerismo, etc. Una institución no tan estructurada a comparación de la estructura organizacional de un Hospital. Si bien funciona bajo su propia política de trabajo en base a la relación profesional/paciente, se puede notar que la Casa es un aparato que funciona con tratamientos personalizados, cálidos, no tan fríos como podría darse en otro lugar.<sup>13</sup>

En estos lugares, el énfasis está puesto en la posibilidad de brindar un tratamiento alternativo e integral que favorezca el restablecimiento del lazo social. La reinserción social de los pacientes es la principal causa de su existencia; aunque es un proceso largo y lento dado que prácticamente tienen que incorporar considerables hábitos sociales desde cero.

Es en este proceso donde tenemos que intervenir los odontólogos, integrándonos al equipo multidisciplinario para incorporar en este cambio de percepción, conceptos como la higiene, la salud bucal, la alimentación, malos hábitos como es el tabaco y otros.

La buena salud bucal es esencial para poder generar seguridad en ellos y lograr por completo esta reinserción social y por cierto laboral.

Los pacientes con padecimiento mental están sometidos a un mayor número de factores de riesgo de enfermedades bucodentales. Ello debido a los efectos secundarios de las medicaciones que consumen, la falta de autocuidado, la dificultad para acceder a atención, la actitud hacia los profesionales sanitarios y también la falta de cooperación en los tratamientos dentales. Los trastornos mentales más comunes en nuestra población incluyen a la ansiedad, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la demencia. En trastornos como la ansiedad y la depresión, el mayor problema está en la pérdida del interés hacia la salud, lo que deriva en una mala higiene. Las patologías bucodentales más frecuentes en estos pacientes son las caries y las enfermedades periodontales.

Para ello, cobran vital importancia los talleres laborales, productivos, preventivos, artesanales y artísticos que son dados diariamente. Éstos generan hábitos y capacidades que alientan a la grupalidad creativa de los pacientes. Realizan diferentes actividades y talleres, y especialmente la casa funciona como un dispositivo de recuperación, contención, y apoyo a la externación de los mismos.

Actualmente, cuentan con un equipo interdisciplinario de profesionales de trabajo social, psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, enfermería y arte, que se especializan en el diseño, desarrollo y seguimiento de procesos de externación hospitalaria e inserción social.

El hospital de Melchor Romero cuenta además con otros dos centros de día para fomentar la reinserción de los pacientes externados, que son el "Pichón Rivière", en 37 N.º 573 y el "Franco Basaglia", ubicado en 49 N.º 1114, ambos en La Plata.

Estos tres centros de prealta, obedecen perfectamente a la modalidad de abordaje de la ley en nos venimos basando, ya que en su capítulo V, expresa lo siguiente:

**ARTICULO 8º** — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

**ARTICULO 9º** — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

**Marco conceptual o fundamentación teórica inicial:**

Los expertos de países de distintas culturas y varios grados de desarrollo social han definido la salud mental de diferentes maneras. Estas abarcan el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía y las competencias personales, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Aunque desde una perspectiva transcultural es muy complejo llegar a una definición exhaustiva y universalmente válida, cabe admitir que el concepto de salud mental es más amplio que la mera ausencia de síntomas psíquicos.

En la actualidad, la enfermedad se relaciona con la pérdida del papel social, con la dependencia del otro y con la angustia. Pichón Rivière dice que el sujeto es sano en la medida que mantiene un interjuego dialéctico con el medio y no una relación rígida y estereotipada.

Desde la perspectiva política, la Salud Mental se entiende como una cuestión social, como un derecho humano inalienable ligado a los conceptos de ciudadanía, libertad, democracia y solidaridad y que requiere un sistema jurídico que la promueva, la ampare y la defienda de la discriminación, exclusión y violación de los derechos humanos.

La salud mental dentro de las políticas públicas de salud de nuestro país estuvo corrida de toda escena durante muchos años

En el 2004 en La Falda, Córdoba, se acordó un documento básico llamado Plan Nacional de Salud Mental, y posteriormente Plan Federal. Este no fue un documento muy riguroso, sino que fue un documento de consenso que intentaba que todas las provincias llegaran a un acuerdo sobre modelos que eran muy asimétricos. En ese momento se plantearon las estrategias de atención primaria de la salud y la salud mental, así como un eje de normativas para establecer, redactar y discutir planes, programas e incluso legislaciones que apoye las gestiones sobre el tema. En algunas provincias argentinas donde hubo y hay reformas, la ley vino a posteriori, para apoyar y sostener esta reforma. En Río Negro y en San Luís la ley fue posterior a un proceso que se fue dando durante muchos años. Estas

reformas se centran en la "necesidad de la transformación de las instituciones". Tenemos muchas instituciones hacinadas, muchos "manicomios", pero en gran parte de ellos existe en estos momentos todo un proceso de reforma y transformación. Los manicomios son como ciudades amuralladas de la Edad Media, y hasta ahora la manera de tirar abajo sus murallas siempre fue con muchas víctimas, con muchas pérdidas.

El 25 de noviembre del 2010 fue sancionada la ley 26.657, "Ley nacional de salud mental", y su capítulo II, artículo III, hace referencia a la definición como: un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.<sup>14</sup>

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;
- c) Elección o identidad sexual;
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

Hay dos conceptos que son centrales al romper legalmente con una concepción psiquiátrica del padecimiento subjetivo: El primero, en relación con los derechos humanos. Este es un elemento central para impedir las internaciones de personas por su peligrosidad. Conceptualmente se reemplaza el criterio de internación que obedecía a la noción de peligrosidad para sí o para terceros por la constatación de riesgos cierto o inminente. Las internaciones involuntarias quedan restringidas y sujetos a control por un Órgano de Revisión en el que participarán organismos de derechos humanos.

El segundo concepto es el equipo interdisciplinario como elemento central: debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

Este es el punto donde este trabajo busca incluir a la salud bucodental dentro de las áreas de salud, desde la prevención en etapas tempranas hasta llegar a la rehabilitación ayudando de esta forma al paciente a poder tener salud comunitaria.

Podemos decir que estos elementos que plantea la Ley de Salud Mental: derechos humanos y el trabajo interdisciplinario rompen con la hegemonía psiquiátrica y produce una ruptura con el orden legal basado en la psiquiatría en especial en el campo de los derechos humanos.

De esta manera, se logra dejar atrás al modelo medico hegemónico por un modelo psicosocial que tiene en cuenta diversas disciplinas, teniendo más implicancia para la intervención de la salud mental comunitaria. En este modelo, es donde los odontólogos deben intervenir para trabajar en la salud integral del paciente.

En América Latina y el Caribe el desarrollo de la atención psiquiátrica ha debido enfrentar serias limitaciones y dificultades debido a que a la salud mental no se la ha considerado, por lo general, prioritaria en las agendas gubernamentales. Muchas veces en el sentido popular, e incluso a nivel de los decisores políticos de algunos países, se ha pensado que los problemas relacionados con la salud mental no son importantes o que hay otros muchos problemas que priorizar antes. Sin embargo, existen evidencias científicas sobre la prevalencia y la carga que significan para las sociedades los trastornos mentales. Es cierto que los trastornos mentales pueden tener un impacto menor en la mortalidad, pero estos muestran un alto porcentaje en cuanto a discapacidad. Por ejemplo, se estima que la depresión en estos momentos ocupa el segundo lugar a nivel mundial como causa de discapacidad, y que va a colocarse en primer lugar en los próximos 25 años. La depresión

es un problema cada vez más común, que nos puede afectar a cualquiera de nosotros o a miembros de nuestras familias; seguramente cualquiera conoce hoy en día a alguien que la padece. La depresión se está colocando en estos momentos como un importante problema sanitario y social, con un elevado impacto en la economía de los países.<sup>15</sup>

En la actualidad, se desarrolló un Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014- 2021: Los ministros de salud de todo el mundo ratifican el plan de acción para mejorar la salud de todas las personas con discapacidad.

En una decisión histórica, la 67ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución por la que ratificaba el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad. El Plan de acción dará un impulso considerable a los esfuerzos de la OMS y los gobiernos por mejorar la calidad de vida de mil millones de personas con discapacidad de todo el mundo. El Plan de acción, cuya elaboración se había solicitado un año antes en la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud, se basa en las recomendaciones contenidas en el World report on disability (Informe mundial sobre la discapacidad) elaborado por la OMS y el Banco Mundial y está en consonancia con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Se elaboró en consulta con los Estados miembros, organizaciones de las Naciones Unidas y asociados nacionales e internacionales, en particular organizaciones de personas con discapacidad.

El Plan de acción tiene tres objetivos:

1. Eliminar obstáculos y mejorar el acceso a los servicios y programas de salud.
2. Reforzar y ampliar los servicios de rehabilitación, habilitación, tecnología auxiliar, asistencia y apoyo, así como la rehabilitación de ámbito comunitario.
3. Mejorar la obtención de datos pertinentes e internacionalmente comparables sobre discapacidad y potenciar la investigación sobre la discapacidad y los servicios conexos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó una nueva herramienta (Quality Rights Tool kit) para ayudar a los países a garantizar el respeto de los derechos de las personas con trastornos mentales. Esta guía también tiene el objetivo de que se cumplan

los estándares de derechos humanos en las instalaciones médicas y sociales de salud mental en todo el mundo.

En cuanto a salud mental y odontología, veremos cómo repercute a nivel de la salud bucal, las tres patologías mentales en cuales nos enfocaremos, que son: ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar.

### **Evidencias a nivel mundial:**

- Machuca y col., realizó estudios epidemiológicos en pacientes disminuidos psíquica y físicamente es España, con el fin de encontrar resultados sobre placa bacteriana en pacientes con déficit mental.
- En el año 2001, Llodra y col., realizaron un amplio estudio examinando a 648 pacientes discapacitados psíquicos con un rango de edad de entre los 6 y los 65 años; concluyeron que la prevalencia de enfermedad periodontal es la más alta y que a mayor edad hay mayor enfermedad y pérdida de órganos dentarios que requieren extracciones.
- En el Reino Unido, Shaw y col., reviso a 382 pacientes con trastornos mentales que acudían a unidades de día, los resultados de este estudio presentaron que el índice CPOD en los pacientes, era menor que el registrado por la población general, lo que da falsos datos.

Una de las observaciones comunes de los especialistas, afirma que la falta de motivación de su higiene oral, la falta de programas de prevención específicos, y la dificultad de llevar a cabo los mismos, son factores que promueven a la presencia de patologías orales en los pacientes psiquiátricos.

Ante esto se hace necesario conocer sobre las lesiones más frecuentes que afectan a los pacientes psiquiátricos, que esta más expuesto a sufrirlas por su propia enfermedad la que provoca impedimentos para realizar su cuidado personal, y como consecuencia su cuidado bucal, sumado el tratamiento farmacológico, el cual produce efectos

secundarios, como la hipo salivación, condicionando el asentamiento de bacterias oportunistas.

Hoy en día se sabe que existe una conexión de naturaleza bidireccional entre las patologías mentales y sus condiciones físicas, donde aumentan los riesgos de morbilidad médica incluyendo condiciones como la diabetes, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y enfermedades bucodentales.

Lo peor del caso es que hasta la fecha se han relacionado enfermedades sistémicas como la cardiopatía coronaria, diabetes y alteraciones respiratorias con la mala higiene dental en personas que presentan variaciones constantes en su salud mental, además la higiene dental afecta nuestra forma de comer y hablar por lo tanto tiene un impacto directo en los aspectos sociales y psicológicos de nuestras vidas.

Ciertamente es importante difundir información sobre este tema con la finalidad de crear conciencia entre familiares y conocidos de personas con trastornos mentales, la idea es que comprendan que esta población es vulnerable y tiene un riesgo particular a sufrir problemas dentales, pero también se debe determinar la patología psiquiátrica para saber qué objetivos tomar en cuenta ya que sus acciones van de un extremo a otro.

Por otro lado algunos dentistas relacionan las alteraciones en la salud bucal de las personas con padecimiento mental con una mala nutrición, descuido personal, abuso de sustancias psicotrópicas y efectos secundarios a los medicamentos, es un problema significativo porque da lugar a patologías dentales que tienen una influencia adversa en la todo el cuerpo.

En una encuesta realizada en todos los estados de U.S.A se determinó que estos pacientes en comparación con la población sana tienen 3 veces más probabilidades de perder sus dientes, un 92% presentaba caries dentales de las cuales el 23% no se trataba y el 40% fumaba la mayor parte del día, y por último aproximadamente el 9% tenía enfermedad periodontal siendo en su mayoría fumadores.

El abuso de drogas facilita la aparición de enfermedades dentales y se ha demostrado científicamente con las altas tasas de caries entre los usuarios de metanfetaminas, este fármaco induce la xerostomía (boca seca) alentando a los usuarios a tomar bebidas

azucaradas, esto combinado con el cuidado oral deficiente da lugar a las caries dentales profundas.

Los consumidores de cocaína oral a menudo exhiben erosiones dentales o abrasiones, laceraciones gingivales y lesiones en la mucosa oral, además fumar cannabis se asocia con un aumento de la tasa de gingivitis, pérdida de hueso alveolar y papiloma oral entre otros tipos de cáncer, mientras que las personas adictas a la heroína corren mayor riesgo de presentar caries dentales, enfermedad periodontal e infección oral.

Un gran porcentaje de pacientes con padecimiento mental sufren de alcoholismo el cual aumenta considerablemente el riesgo a sufrir cáncer oral, agregado a esto el consumo prolongado de alcohol suprime la función de la médula ósea, causando leucopenia y dando como resultado inmunosupresión y aumento en la incidencia de infecciones dentales, en el peor de los casos el consumo excesivo de alcohol causa trombocitopenia y sangrado complicando los procedimientos dentales.

Un dato curioso es que el 90% de los pacientes con esquizofrenia fuman más en comparación del 70% de pacientes con otros trastornos psiquiátricos y el 19% de la población general, la mala noticia es que fumar cigarrillos en exceso aumenta la incidencia de enfermedad periodontal especialmente la gingivitis necrotizante y candidiasis, pero esto no es coincidencia porque los aspectos fisiológicos de la esquizofrenia refuerzan el hábito de fumar.

Sin mencionar que la mayoría de las alteraciones psiquiátricas están fuertemente relacionadas con enfermedades somáticas como la diabetes, obesidad, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, enfermedades del corazón y artritis que contribuyen en la aparición y avance de la mayoría de las patologías orales.

Agregado a esto la ansiedad, depresión y estrés incrementan el nivel circulante de cortisol en la sangre aumentando así el riesgo para que la enfermedad periodontal progrese, a su vez la periodontitis aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular y ataque cardíaco acelerando la formación de placas ateroscleróticas, reforzando el concepto de vínculos bidireccionales.

Por último, los pacientes que tienen altos niveles de estrés con el tiempo presentan trastornos temporomandibulares que causan dolor y restringen el movimiento de la

mandíbula, experimentan tensión muscular y bruxismo dando paso a sensaciones de presión y molestias en la articulación temporomandibular. Además, es muy común que los pacientes depresivos cursen trastornos de alimentación donde se inducen el vómito y erosionan su esmalte dental (especialmente en los dientes anteriores), acompañándose a su vez de sensibilidad y decaimiento.

## **ANSIEDAD.**

La ansiedad es un síndrome constituido por un conjunto de manifestaciones subjetivas y objetivas, caracterizado por un estado hipertrofiado de alerta asociado a signos y síntomas de excitación autonómica. Estos son los mismos que normalmente acompañan a la aparición o expectación de un peligro objetivo, aún sin la presencia de éste.

Este fenómeno puede ser caracterizado por sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, y que son experimentados por un individuo en un momento particular. Tal problema surge a partir de la representación mental que supone un recuerdo o una expectativa que genera incertidumbre ante situaciones que son anticipadas como amenazantes.

La ansiedad no siempre cumple un cometido de funcionalidad biológica y humana, y deriva así en formas de conductas poco adaptativas, disfuncionales, patológicas, no saludables que producen sufrimiento, inadaptación e infelicidad en las personas.

Según Sigmund Freud, la ansiedad suponía un síntoma psicossomático (malestar físico de origen mental) generalizado que era la base de la neurosis o alteración nerviosa indiferenciada donde el organismo realiza atribuciones de valor displacenteras a sus experiencias, toda vez que se observan cambios fisiológicos y conductuales que reafirman su malestar.

Para la teoría cognitivo – conductual, específicamente el enfoque de Beck (Oblitas, 2008) la ansiedad es resultado de pensamientos automáticos en conjunción con creencias distorsionadas (interpretaciones de los hechos) sobre tres elementos de la persona, como lo son: el yo (autopercepción de incapacidad para responder a las demandas), el ambiente (autopercepción de que el ambiente supone una amenaza para la integridad e intereses personales) y el futuro (percepción de que las amenazas se incrementarán o los resultados serán perjudiciales independientemente de cualquier acción de la persona).

Se ha demostrado que, durante la consulta odontológica, los pacientes pueden sufrir de ansiedad. De hecho, varios estudios reflejan que entre el 8 y el 15% de la población presenta fobias al consultorio dental y al recibir atención odontológica. No obstante, es deber del profesional establecer el nivel de ansiedad que presenta el paciente para con base en ello establecer la terapéutica por seguir. La ansiedad puede variar tanto en intensidad como duración, de ahí la importancia de conocer la clasificación de los trastornos de ansiedad en el paciente odontológico:

- Leve o baja: Prevalece la calma (homeostasis orgánica). Existe ligera dificultad para la realización del examen, diagnóstico o tratamiento odontológico.
- Moderada: Caracterizada por el desconcierto, las actitudes aprensivas y la agitación psicomotriz. Existen signos y síntomas de deterioro psicológico-funcional suficientemente intensos como para dificultar el examen, diagnóstico o tratamiento odontológico, lo que obliga a un cambio en la rutina del odontólogo. Suele estar acompañada por incertidumbre, aprensión y nerviosismo.
- Severa o alta: Se caracteriza por miedo y temor intenso, que se puede acompañar de pánico. Se detectan diversos signos y síntomas de deterioro psicofuncional que impiden la realización del examen, diagnóstico y tratamiento odontológico en la cita programada, forzando un cambio en el día de la cita, o a la negativa por parte del paciente, del odontólogo o de ambos para seguir el tratamiento. En estos casos, emerge una respuesta de miedo y temor intenso, acompañados de conducta de pánico (evitación – huida – desesperación).

La ansiedad como un estado emocional ayuda a los individuos en condiciones normales a defenderse de una gran variedad de amenazas. Sin embargo, los trastornos de tal problema son una desregulación de estos mecanismos defensivos normales, ya sea como respuestas excesivas o deficientes.

La Psicología y la Odontología son dos áreas de la salud que aparentemente no están en relación; sin embargo, en realidad tienen múltiples intereses en común. La primera, como ciencia de la conducta, tiene gran importancia para los odontólogos a la hora de atender los problemas dentales, debido a que el comportamiento de los individuos puede afectar en el tratamiento dental que requieren. De esta forma, el odontólogo está obligado a brindarle una atención integral al paciente y no solo limitarse al ámbito bucal. Por lo tanto,

resulta necesario lograr una visión interdisciplinaria entre la Odontología y la Psicología, donde los conocimientos psicológicos mejoren la calidad de los tratamientos dentales de los pacientes que padecen trastornos de ansiedad.

Este trastorno es muy complejo y multifactorial y puede implicar el deterioro de la salud bucal de los pacientes que la padecen. En la actualidad, la mayoría de los pacientes experimenta algún grado de ansiedad ante los procedimientos de índole odontológico. De esta forma, el odontólogo y su equipo deben estar entrenados y capacitados para reconocer los signos y síntomas clínicos asociados a la ansiedad que pueden presentar sus pacientes. Asimismo, tienen que estar familiarizados con diversas técnicas de intervención para contener situaciones de ansiedad ante la consulta odontológica como son la relajación muscular progresiva de Jacobson, musicoterapia, reestructuración cognitiva – percepción de control y psicoeducación. Resulta necesario lograr una visión interdisciplinaria entre la Odontología y la Psicología clínica, donde los conocimientos psicológicos mejoren la calidad de los tratamientos dentales de los pacientes que padecen trastornos de ansiedad.

Uno de los descriptores fundamentales de las situaciones ansiógenas, es que la persona teme a las experiencias nuevas (desconocidas), conduciéndolo a la aparición de estados de angustia. Entonces, se conjugan dos factores básicos para la aparición de la ansiedad, la noción de la persona de que afrontará una vivencia inédita y la presunción de que eso le provocará algún tipo de dolor o malestar.

Desde el punto de vista neurofisiológico, en la ansiedad se produce la liberación por parte del sistema nervioso autónomo de catecolaminas (aminohormonas) como serían la adrenalina, noradrenalina y dopamina. Clínicamente, la ansiedad se asemeja a otro síntoma psicológico como lo es el estrés, con la importante diferencia de que la primera se puede generar en ausencia de estímulos que constituyan una amenaza real a la integridad o intereses de la persona, toda vez que se puede tratar de un fenómeno estrictamente perceptivo, mientras que el segundo necesariamente supone la existencia de un agente estresor discriminable que está afectando al sujeto de manera circunstancial o prolongada. Asimismo, el estrés constituye una reacción emocional de tipo negativo a partir de un estresor.

A nivel bucal, las principales condiciones que pueden manifestarse en estos pacientes incluyen caries, lesiones periapicales, de la pulpa, gingivales, periodontales y celulitis o abscesos en la boca.

Los cambios en los hábitos y los comportamientos son frecuentes en trastornos como la ansiedad y la depresión, ya que los mismos están caracterizados por una pobre higiene oral, atribuida a una pérdida de interés de sí mismos. También el hecho de fumar es más común en personas con trastornos mentales, como la ansiedad. A su vez, esta condición incrementa el riesgo de caries, dado que cambia la capacidad amortiguadora de la saliva.

El miedo de ir al odontólogo es una condición común, con una prevalencia que oscila entre seis y 20%, independientemente de la cultura y el país; además es una condición más frecuente en el sexo femenino. Los miedos más frecuentes relacionados a las consultas dentales son miedo al ruido y las vibraciones de la broca, así como a las inyecciones.

Los pacientes con ansiedad muestran signos tales como agitación, temblor y frecuentemente hacen varias preguntas acerca de los procedimientos. La ansiedad que produce la consulta odontológica puede ser manejada con técnicas conductuales, técnicas de hipnosis. De igual forma, un ambiente calmado, seguro, tranquilizador creado por el equipo de salud dental, ayuda a aliviar los síntomas; incluso puede recurrirse a la sedación y la anestesia general.

Además, los trastornos de la ansiedad incluyen: fobias, ataques de pánico, ansiedad generalizada y trastornos de estrés postraumático. Son estados clínicos graves con repercusiones para la salud bucal, que pueden tratarse mediante diversos métodos. Otros de los problemas de salud bucal asociado con ansiedad son:

Las aftas, son úlceras muy dolorosas, de color blanco o amarillo que están rodeadas por un área roja y brillante. Pueden ocurrir por infecciones virales o estar ligadas por problemas del sistema inmunitario.

Trastornos de la articulación temporomandibular; a nivel de las articulaciones y los músculos de la masticación. Son causados por estrés físico y emocional sobre las estructuras que rodean la ATM. Algunos síntomas son dificultad al morder o masticar, chasquidos al abrir o cerrar la boca, dolor facial sordo en la cara, dolor de oído, dolor de

cabeza, dolor o sensibilidad en la mandíbula. Las técnicas de relajación, mantener una buena postura, son algunos de los tratamientos preventivos.

**Bruxismo:** es el hábito involuntario de apretar o rechinar las estructuras dentales, sin propósitos funcionales. Afecta a un gran porcentaje de la población y puede conllevar dolor de cabeza y músculos de la mandíbula, cuello y oído.

La mayoría de los fármacos antidepresivos, así como el uso de drogas utilizadas en el manejo de los cuadros antidepresivos, son hiposalivantes. La disminución del flujo de saliva produce alteraciones en los tejidos blandos y duros del diente. Las principales patologías asociadas son; caries candidiasis oral, gingivitis y periodontitis. Estas patologías pueden verse agravadas por el abandono de los hábitos de higiene oral. Algunas de estas infecciones bucales pueden en ocasiones comprometer gravemente la salud general. Los pacientes con enfermedades periodontales tienen con mayor frecuencia enfermedades coronarias. En enfermos ancianos, se han registrados neumonías, cuyos gérmenes causantes previenen de la cavidad bucal. El depósito de antígenos de bacterias orales puede causar infecciones crónicas en las cavidades articulares, generando artritis por inflamación.

De acuerdo con la incidencia de los trastornos de ansiedad vinculados a la consulta dental los datos y estadísticas suelen ser reveladores; varias investigaciones enuncian que el temor al odontólogo tiene más prevalencia de lo que pudiera parecer y, por tanto, no es una situación excepcional. Generalmente, las mujeres suelen ser más ansiosas que los hombres. No obstante, otros estudios informan que la ansiedad tiende a aumentar con la edad sin diferencias significativas con respecto al sexo del paciente.

La visita al odontólogo ocupa el quinto lugar de las situaciones más temidas por las personas.

Entre las técnicas de intervención que se proponen para contener situaciones en las cuales el paciente ansioso concurre a la consulta odontológica, que conlleva a una situación que aumenta esta ansiedad, se encuentran:

- **Relajación muscular progresiva de Jacobson:** se le ordena al paciente que vaya tensando y relajando los distintos grupos musculares del cuerpo de manera gradual, en combinación con una respiración pausada a fin de disminuir los niveles de excitación

psicofisiológica (Blanco y cols. 2014). Dicho procedimiento debe tener una duración recomendada de 10 a 15 minutos, durante los cuales se va sugestionando verbalmente a la persona para que mantenga un ritmo de respiración, tanto profundo como constante, de tipo diafragmático, a fin de que, mientras contrae y relaja los músculos de su cuerpo desde la parte superior hasta la inferior (cuello, brazos, abdomen, manos, piernas, pies), experimente un mayor grado de relajación.

- **Musicoterapia:** utilización de sonidos instrumentales no sugerentes destinados a modular la respuesta emocional – social – cognitiva, a partir de la presentación de estímulos que influyen en la activación del sistema nervioso central. La colocación de piezas musicales que no posean vocalización se puede implementar previo, durante y posterior al ingreso de la persona al área de consulta (disponiendo de parlantes en la antesala del consultorio), lo que podría reducir de forma notable los niveles de activación en el sujeto.

- **Reestructuración cognitiva – Percepción de control:** modificación de los esquemas de pensamiento de la persona en relación con sus percepciones aversivas relacionadas con una experiencia que califica como desagradable, mediante un proceso de confrontación racional de las creencias irracionales contra los hechos que avalan la apertura a la experiencia; todo ello procurando propiciar un estilo de afrontamiento basado en su capacidad individual para alcanzar la resolución de la situación problema (locus de control interno) (Oblitas, 2008). Se pueden organizar sesiones con el paciente previo a su consulta odontológica donde se exploren sus pensamientos de evitación o rechazo, para visibilizar el contenido, además de la afectividad contenida en dicho discurso, todo asociado a la figura del odontólogo para plantearle opciones alternativas de razonamiento, a fin de que pueda comprender que existen maneras de reinterpretar la experiencia que resultan menos traumáticas psicológicamente y generan mayor ajuste emocional.

- **Psicoeducación:** brindar información a la persona sobre los problemas vinculados a su situación personal de salud odontopsicológica al igual que las distintas estrategias de las cuales se disponen para adiestrarlo en recursos de afrontamiento para superar episodios de conflicto interno. La utilización de folletos o fascículos en formato de revista que contenga información que caracterice el quehacer general de la odontología, los equipos y sus tratamientos, resulta de gran valor para la comunidad, debido a que

desmitifica la realidad del ámbito clínico odontológico, y despeja las inquietudes infundadas, que conducen a los pacientes a generar argumentos sin base en los hechos, que luego se transforman en autopercepciones amenazantes.

En este sentido se debe reforzar en el individuo la noción de que un mejor afrontamiento estará basado en: analizar los hechos a partir de datos verídicos, sustituir pensamientos que tienden a evitar la experiencia de aproximación al odontólogo por otros que la faciliten, apoyarse en el criterio profesional de los especialistas para generar una opinión personal.

Independientemente de la técnica empleada para reducir o controlar la ansiedad, la capacitación del odontólogo es determinante en la eficacia de los procedimientos psicológicos aplicados a los pacientes ansiosos. Más allá de las técnicas psicológicas utilizadas, es relevante para el paciente estar en conocimiento del interés que posee el odontólogo por disminuir la carga ansiógena que la atención dental genera y que frente a ella se aplicarán las técnicas más idóneas para controlarla y reducirla.

Por lo tanto, se hace necesaria una preparación psicológica del paciente previo a la consulta odontológica para desaparecer o reducir las manifestaciones de ansiedad esperables, pues de esta forma se agilizan los procedimientos y se hace menos tortuoso el tratamiento dental.

El odontólogo tiene la responsabilidad de identificar y tratar este tipo de patrones de la mano con el psicólogo clínico. De esta forma, el odontólogo y su equipo deben estar entrenados y capacitados para reconocer los signos y síntomas clínicos que manifiestan los pacientes ansiosos. Cabe destacar, que la ansiedad puede generar diversos cambios fisiológicos, a saber: aumento del ritmo cardíaco, elevación de la presión arterial, respiración más rápida y profunda, con rigidez muscular. Asimismo, el odontólogo tiene que estar familiarizado con la aplicación de diversas técnicas de intervención, para contener situaciones de ansiedad ante la consulta odontológica.

## **ESQUIZOFRENIA**

Los pacientes con trastornos mentales están sometidos a un mayor número de factores de riesgo de enfermedades bucodentales. Ello debido a los efectos secundarios de las medicaciones que consumen, la falta de autocuidado, la dificultad para acceder a atención, la actitud hacia los profesionales sanitarios y también la falta de cooperación en los

tratamientos dentales. Los trastornos mentales más comunes en nuestra población incluyen a la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la demencia. En trastornos como la ansiedad y la depresión, el mayor problema está en la pérdida del interés hacia la salud, lo que deriva en una mala higiene.

La esquizofrenia es una enfermedad crónica, severa e incapacitante. Está definida por la presencia de anormalidades en uno o más de los siguientes dominios: ideas delirantes, alucinaciones, pensamientos desorganizado, conducta motora desorganizada o anormal y síntomas negativos (pobreza de pensamiento, anhedonia, aplanamiento afectivo).

A nivel mundial, se calcula para esta enfermedad una prevalencia entre el 0,5 y 1,5 % de la población, existen en general poca variación entre las diferentes culturas. Esta prevalencia se expresa por igual entre hombres y mujeres, aunque para los hombres se observa un comienzo más temprano.

Recientes investigaciones revelan que la esquizofrenia es una enfermedad que afecta la capacidad de concentración, la memoria verbal y por tanto, la capacidad de aprendizaje, de ahí que su rehabilitación deba ir con fuerza dirigida al entrenamiento de habilidades sociales, utilizando el comportamiento de la memoria verbal como factor predictor, todo sin olvidar la importancia del autoconcepto del esquizofrénico tan ligado a su autoestima y autoimagen, vinculados directamente con el déficit relacional que produce la enfermedad.

En la esquizofrenia también hay una serie de síntomas, que se suelen confundir con signos de pereza o de mal comportamiento, son los llamados síntomas negativos como por ejemplo, la apatía, la falta de energía, la falta de placer, insociabilidad, etc., los cuales deben ser tratados en la misma medida que los síntomas activos o positivos. Todos estos síntomas afectan a todos los ámbitos: social, laboral, familiar. En algunos aspectos el enfermo esquizofrénico tiene menos capacidad de acción que una persona sana. Estas deficiencias las llamamos síntomas negativos. Se pueden ver estos síntomas antes de que aparezcan las alucinaciones y los delirios, pero en su forma más clara se manifiestan sólo después de la desaparición de los síntomas positivos. Hablaríamos de la fase residual de la enfermedad. No existe un cuadro clínico único, sino que hay múltiples síntomas característicos; síntomas emocionales, cognitivos, de personalidad y de actividad motora. Síntomas positivos: Exceso o distorsión de las funciones normales como:

- Alucinaciones: percepciones que no existen que pueden ser auditivas, visuales, táctiles, olfativas o gustativas.
- Ideas delirantes: alteraciones del pensamiento, ideas falsas e irreductibles al razonamiento argumental.
- Lenguaje desorganizado e incoherente.
- Comportamiento gravemente desorganizado (agitación, incapacidad de organizarse y de mantener la higiene personal) o catatónico (con una disminución de la actividad psíquica y motora hasta llegar a una falta total de atención y rigidez).

Síntomas negativos: Parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas negativos comprenden restricciones:

- Embotamiento afectivo: no reacción ante estímulos emocionales.
- Pobreza del habla (alogia).
- Abulia o apatía: falta de voluntad, incapacidad para persistir o para iniciar una actividad.
- Anhedonia: incapacidad para disfrutar de los placeres. Los síntomas negativos alteran la capacidad de funcionar en la vida diaria de los pacientes, son personas que se acaban aislando y perdiendo a los amigos.

La esquizofrenia definida como enfermedad altamente discapacitante representa una carga social y económica de dimensiones respetables. Presenta cifras internacionales como que entre el 10 y el 15 % de los esquizofrénicos mueren por suicidio, el 50 % de ellos intentan al menos una vez en la vida suicidarse con la misma probabilidad para hombres que para mujeres.

Un estudio realizado en pacientes con esquizofrenia demuestra que el 61% de los mismos tiene una pobre higiene bucal, incluyendo condiciones como sequedad de la boca, pérdida de dientes y formas graves de caries. La sequedad de la boca puede explicarse como un efecto secundario de la medicación antipsicótica, utilizada en estos pacientes. Los pacientes con esquizofrenia deben considerarse un grupo de alto riesgo para la enfermedad dental, lo que queda evidenciado en estudios que informan que los mismos

presentan peor salud dental que la población general. Asimismo, es importante notar que las enfermedades periodontales que afectan a estos pacientes se relacionan con aterosclerosis subclínica, lo que predispone al desarrollo de enfermedades cardíacas. Otros factores que influyen en la salud dental de estos pacientes son baja frecuencia de cepillado de dientes, un menor número de consultas al odontólogo, tabaquismo y mala alimentación.

Algunos estudios han vinculado la higiene bucal con el tipo de antipsicótico administrado a los pacientes. El uso de antipsicóticos típicos está más relacionados con síntomas extrapiramidales (como temblores) que interfieren en el correcto cepillado de los dientes. Se ha demostrado que los síntomas negativos son los más relacionados con la pobre higiene bucal.

Desde el punto de vista de la salud preventiva, debe contarse con programas de cuidado dental para estos pacientes, instruir a los pacientes y sus familiares en la importancia del cuidado bucodental, una correcta comunicación con el médico tratante, así como la instrucción de los estudiantes de odontología para poder enfrentar este tipo de situaciones.

Los pacientes con esquizofrenia son personas que tienen una serie de factores que pueden generar lesiones tanto en tejidos duros como en tejidos blandos de la cavidad bucal: Entre estos factores sobresalen:

a) Los cambios de conducta y concentración que les impide saber la necesidad del cuidado dental tanto en higiene como en atención clínica, daños neuromotores que pueden ocasionar falta de control en músculos, que a nivel bucal afectan a la articulación temporomandibular y en consecuencia se produce bruxismo.

b) Otra razón es que los medicamentos que toman para el control de los síntomas psiquiátricos alteran la fisiología normal de las glándulas salivales y de los epitelios de la mucosa oral, situación que genera mayor predisposición para la acumulación de placa dentobacteriana y padecimientos del tejido blando gingival, así como afecciones de tejido duro (caries dental). Tanto las afecciones de tejidos duros como de tejidos blandos de la cavidad bucal manifiestan dolor de diferente grado según el umbral del paciente. Dicho umbral del dolor puede estar modificado por el estado de ánimo del individuo o por el uso de medicamentos para el control de patologías sistémicas o de alguna droga ingerida. Las patologías bucales se presentan clínicamente en igual forma en todos los pacientes

mentalmente comprometidos, sin embargo, en aquellos individuos que presentan algún padecimiento sistémico (como serían los trastornos orgánicos entre los que destacan la epilepsia y afecciones bucodentales) es más probable que se compliquen o que se presenten en periodos más cortos.

De las lesiones bucales manifestadas en tejidos blandos en los pacientes con esquizofrenia presentan el mayor porcentaje (55.5%), la gingivitis 16.6% con xerostomía, las úlceras y el mordisqueo de carrillo son las lesiones que tienen el tercer lugar de incidencia (8.2%). En los pacientes diagnosticados con esquizofrenia; los restos radiculares son el motivo de preocupación, al encontrarlos en 12.9 por ciento de los pacientes revisados concordando con la cifra con las maloclusiones. Representan el mayor número de individuos con caries entre las edades de 28 a 38 años. Y con problemas estomatológicos, se manifestaron con más frecuencia en el rango de 28 a 49 años.

Los trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia están consistentemente relacionados con el hábito de fumar, lo que sugiere que los trastornos mentales al incrementar el tabaco indirectamente afectan a los tejidos bucodentales. Estudios realizados en diferentes países, demuestran reiteradamente la relación entre fumar tabaco y esquizofrenia. Aunque otras enfermedades psiquiátricas como los trastornos afectivos se asocian al fumar, la asociación entre el fumar y la esquizofrenia parece ser más intensa. A nivel mundial la proporción de pacientes con esquizofrenia que son fumadores tiende a ser más alta que la correspondiente proporción de otros pacientes psiquiátricos y mucho más alto que la proporción para la población general.

Pautas para el tratamiento en la consulta dental de los pacientes con esquizofrenia: - Realizar una investigación de los antecedentes del paciente.

- Estar alertas sobre el comportamiento en la consulta.
- Mantener en la consulta un ambiente de tranquilidad, hablar suave y trato delicado para evitar la ansiedad del paciente y de este modo prevenir un episodio psicótico.
- El odontólogo debe tratar de ganarse la confianza del paciente para lograr que este coopere y de este modo ofrecerle una atención óptima.
- Explicar previamente paso a paso lo que se le va a realizar.

- Pocos instrumentos a la vista del paciente.
- Manipulación delicada de aparatos e instrumentos.

La psicoterapia grupal es muy útil para el entrenamiento en habilidades sociales. Permiten la rehabilitación social y laboral del paciente, que aprende a relacionarse con los demás y a manejarse en la vida cotidiana después de contraída la enfermedad. Lo importante es que puedan tener un comportamiento adecuado dentro del hogar, así como una mejor vida social. Recientes investigaciones realizadas en Norteamérica y Europa revelan que la esquizofrenia es una enfermedad que afecta la capacidad de concentración, la memoria verbal y por tanto, la capacidad de aprendizaje, de ahí que su rehabilitación deba ir con fuerza dirigida al entrenamiento de habilidades sociales, utilizando el comportamiento de la memoria verbal como factor predictor, todo sin olvidar la importancia del autoconcepto del esquizofrénico tan ligado a su autoestima y autoimagen, vinculados directamente con el déficit relacional que produce la enfermedad. El trabajo de un equipo multidisciplinario, odontólogo, psiquiatra, psicólogo, neurólogo es necesario para el tratamiento de pacientes con problemas de salud mental, para tomar precauciones y la actitud correcta según el caso.

## **TRASTORNO**

## **BIPOLAR**

El trastorno bipolar se caracteriza por cambios en el humor que varían desde de la manía a la depresión y el cambio puede ocurrir de manera drástica. Durante la fase de manía la persona presenta verbosidad, hiperactividad y se puede mostrar desinhibida.

Los Trastornos Bipolares (también llamado Maníaco – Depresivos) son un conjunto de enfermedades del sistema nervioso central en donde se afectan los sistemas que regulan el normal flujo de los estados del ánimo. Nuestros cerebros han evolucionado de manera tal de responder con un amplio abanico de respuestas anímicas a los desafíos que nos presenta la vida. En algunos momentos necesitamos aumentar nuestra actividad, tener más contacto social e incluso hacernos más audaces en la forma en que tomamos nuestras decisiones. En otras ocasiones, por el contrario, debemos responder a nuestro entorno bajando nuestra actividad y tomando decisiones más conservadoras. En las personas afectadas por trastornos bipolares estos mecanismos están afectados de manera tal que presentan estados anímicos que son patológicos por su amplitud y/o duración ó se

presentan en un contexto inadecuado afectando su capacidad de adaptación y generando conductas que resultan inconvenientes.

Básicamente las personas afectadas por trastornos bipolares presentan tres tipos de crisis anímicas: a) Episodios maníacos y/o Hipomaníacos; b) Episodios depresivos; c) Episodios mixtos (ver abajo una descripción de estos episodios). Estas crisis se pueden dar en sucesión y separadas por años, meses, semanas, días, e incluso horas. La evolución de los trastornos bipolares es muy diferente en cada persona y depende, en buena medida, del tratamiento recibido.

Cuando nos referimos a Trastorno Mental Grave (TMG) nos estamos refiriendo a un conjunto de diagnósticos clínicos que entran en el grupo de las psicosis (fundamentalmente Trastorno Esquizofrénico y Trastorno Bipolar), pero también otros diagnósticos relacionados. Entendemos por enfermo con trastorno mental grave como tal, aquella persona que presenta una sintomatología de características psicóticas y/o prepsicóticas que genera problemas de captación y comprensión de la realidad, distorsionan la relación con los otros, con repercusiones negativas en distintas áreas de su esfera personal. Presenta un abordaje complejo, presentando una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de atención interna y externa, así mismo, también se incluyen en este grupo a pacientes que presenta inicialmente alguna de las manifestaciones sintomatológicas anteriores y que por tanto tienen riesgo de evolucionar de forma prolongada, y que presentan discapacidad y necesidad de un abordaje complejo. Para que las personas con estos diagnósticos puedan ser consideradas como pertenecientes al grupo de trastorno mental grave (TMG) se deben además cumplir otros dos requisitos: persistencia en el tiempo (por consenso 2 años) y presentar graves dificultades en el funcionamiento personal y social debidas a esta enfermedad. De este modo se puede afirmar que no todas las personas que han sido diagnosticadas de una psicosis (como por ejemplo la esquizofrenia) entran en el grupo del TMG y que no todas las personas con TMG padecen una esquizofrenia. Tal y como se ha señalado, se necesita además del diagnóstico, la persistencia del trastorno en el tiempo y que exista discapacidad.

Las personas que sufren enfermedad mental grave representan un grupo de riesgo para la salud oral. Estudios realizados han demostrado que los enfermos mentales crónicos presentan una mayor severidad en patologías bucodentales como la caries, enfermedad

periodontal y lesiones en la mucosa oral. Asimismo, se ha investigado la importancia de los factores psicosociales en la etiopatogenia y en la respuesta al tratamiento por ejemplos en patologías tan importantes como la enfermedad periodontal.

Estos pacientes presentan un mayor riesgo de desarrollar caries, sufrir xerostomía, presentar anormalidades en la percepción de sabores y bruxismo. Es importante tener en cuenta las interacciones que pueden tener las drogas administradas en estos pacientes. Por esta razón, la administración de cualquier medicamento debe hacerse luego de la consulta con un psiquiatra.

La salud oral queda muy postergada para las personas que padecen estos trastornos y genera una grave repercusión sobre la calidad de vida, el funcionamiento cotidiano, la inclusión social y la autoestima.

El asesoramiento de un profesional de la salud oral tendría una repercusión positiva sobre la conducta, para que se motive al paciente a solicitar apoyo y tratamientos adicionales, y de esta manera mejorar la calidad de vida de estas personas.

La promoción de la salud bucodental tiene un gran valor en la prevención de las principales enfermedades bucodentales, como la caries y la enfermedad periodontal. Según la evidencia científica se ha comprobado que un buen estado de salud bucodental influye positivamente en el estado general de salud siendo un marcador de salud. Dadas las características psicopatológicas, socioculturales y los efectos secundarios de algunos psicofármacos (muchos de ellos provocan xerostomía, metabolitos en saliva, etc.), esta población presenta mayor riesgo de padecer patología bucodental. Estudios realizados revelan que los pacientes con trastorno mental grave tienen mayor necesidad de tratamiento bucodental que el resto de la población, siendo un grupo de riesgo para la salud oral. Se ha demostrado que los enfermos psiquiátricos presentan mayor frecuencia y severidad de caries, enfermedad periodontal y lesiones de la mucosa oral, así mismo se ha investigado la importancia de los factores psicosociales en la etiopatogenia y en la respuesta al tratamiento de las enfermedades periodontales. Muchos estudios se basan en la idea de establecer una relación de confianza o terapéutica, entre los profesionales y los pacientes, favoreciendo una mayor implicación y predisposición a adquirir los conocimientos, habilidades y hábitos de higiene bucodental adecuados.

Las enfermedades bucodentales constituyen un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional.

La Psicoeducación es el proceso que nos permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. El profesional de la salud que imparte psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, de forma conjunta su resolución o tratamiento y favorecer, por ende, una mejora en la calidad de vida. Como herramienta, la psicoeducación se puede utilizar en diferentes tipos de abordaje, como puede ser, Individual, Pareja, Familiar y en Grupo.

Por otra parte, la Educación para la Salud fue definida por la OMS como un campo especial de las Ciencias de la Salud cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de salud del individuo y de la sociedad. La educación es el mecanismo más eficaz del que disponemos para generar un camino de actitud hacia modos de vida más saludables.

En este modelo las acciones son realizadas tanto por el paciente como por el profesional a través de la interrelación personal. La meta se puede considerar alcanzada cuando el paciente alcanza al máximo grado de crecimiento personal y de salud dentro de sus limitaciones.

Tanto profesional como paciente podrán aprender y crecer a través de esta relación interpersonal. El objetivo de este modelo es ayudar al paciente y al grupo comunitario a conseguir la salud de forma que profesional y paciente alcancen el mayor grado de desarrollo personal.

En esta relación se describen cuatro fases:

1. Orientación: En esta fase el paciente tiene “una necesidad insatisfecha” y por tanto precisa apoyo profesional. El profesional le ayudará a reconocer y entender sus problemas.
2. Identificación: El paciente se relaciona e identifica con quienes pueden ayudarlo. El profesional lo ayudará a desarrollar fuerzas positivas para llegar a satisfacer sus necesidades
3. Explotación: El paciente intenta aprovechar al máximo todo lo que se le brinda a través de su relación con el profesional.

4. Resolución: Los objetivos iniciales van cambiando progresivamente, y en la medida que el paciente se hace menos dependiente se va liberando de su identificación con el profesional.

Por otro lado, en la relación profesional - paciente se describen 6 roles del profesional: - Rol de Extraño: donde el paciente y el profesional no se conocen, este último no debe juzgarlo sino aceptarlo como persona, considerándole emocionalmente capacitado sino hay evidencias claras de lo contrario.

- Rol de suministrador de recurso: El profesional debe ofrecer respuestas específicas, explicando al paciente el plan de tratamiento a seguir, teniendo en cuenta la situación eligiendo la respuesta más adecuada dirigida a un aprendizaje constructivo.

- Rol de educador: Es una combinación de todos los roles y debe partirse de lo que sabe el paciente y en función de su interés y capacidad para usar la información.

- Rol de Líder: El profesional ayuda al paciente a asumir las tareas que tienen a su alcance mediante una relación de cooperación y participación activa.

- Rol de sustituto: El paciente sitúa al profesional en un rol de sustituto, apreciando en sus actitudes y conductas sensaciones que reactiven sentimientos generados en relaciones anteriores.

- Rol de consejero: Es el más importante en psiquiatría. El profesional debe ayudar a que recuerde y entienda completamente lo que sucede en la actualidad, para que la experiencia se pueda integrar, a otras experiencias de vida.<sup>16</sup>

### **Descripción general del proyecto a diseñar:**

El siguiente proyecto tiene como objetivo, diseñar un protocolo de atención para pacientes que padecen trastornos mentales tales como: esquizofrenia, ansiedad y bipolaridad. Estos pacientes se encuentran en situación de prealta, luego de un largo proceso de externación, que tiene lugar hace varios años en la localidad de La Plata. Para ello, las “casas” de prealta, cuentan con equipos interdisciplinarios formados por psiquiatras, psicólogos, acompañantes terapéuticos, trabajadores sociales, entre otros.

Estas personas, han sufrido a lo largo de su vida, periodos de internación, padeciendo abandono, falta de sus necesidades básicas, de su higiene personal, y muchísimas cuestiones humanas que fuimos desarrollando a lo largo del escrito.

La salud bucal deficiente es una de las variables que tienen en común. Además de su falta de autodiagnóstico y capacidad de reconocer una propia necesidad y convertirla así en demanda.

Lo que se busca, es un trabajo interdisciplinario, favoreciendo a estos pacientes, y respetando siempre el derecho fundamental a la salud. Es por esto, que el protocolo, se diseñara para poder desarrollarse en cualquier institución hospitalaria, para que ellos puedan dirigirse al centro de salud más cercano a su domicilio. Eliminando de esta manera, la idea de volver siempre a su institución de internación primaria, que es la mayoría de las veces, en la localidad de La Plata, el hospital “Alejandro Korn”.

Además, se va a trabajar el proceso de tener el compromiso de asistir a la institución que ellos elijan para su atención bucal, para que puedan construir algunas actividades como son: respetar horarios, tomarse colectivos, presentarse en algún lugar, higienizarse para salir de su casa, poder relacionarse con los demás pacientes que asisten a la consulta odontológica, familiarizarse con el entorno al cual van a concurrir, etc.

**RECEPCIÓN:** El paciente hará el ingreso a la institución con su DNI, para hacer la recepción de la manera legal correspondiente. El ingreso para la primera vez podrá ser de grupos pequeños provenientes de la casa de prealta, con su acompañante terapéutico.

**PRESENTACION:** El paciente se presentará acompañado con su AT, a la sala de espera. La sala de espera estará ambientada para lograr un clima propicio: iluminación, ventanas grandes, música, asientos cómodos, paredes blancas, limpias. El odontólogo, solo o con su equipo que en preferencia pueden ser residentes, los recibirá. Se desarrollarán distintas técnicas de dinámicas grupales, como: vivenciales (Son aquellas en las que, a través de la puesta en práctica de una situación, las personas se involucran y toman actitudes espontáneas), Encuentro a través de objetos (es especial para grupos numerosos, heterogéneos y mixtos. Se desarrolla de manera coloquial, la primera parte y la siguiente, está teñida por el humor, en la mayoría de los casos). Todas las técnicas se desarrollarán en ronda e incorporando a todos los pacientes que ya se encontraban en la sala en ese momento, para compartir así distintas vivencias.

**CHARLAS DE EDUCACION PARA LA SALUD:** En este primer encuentro se comenzará con la concientización de la importancia de contar con buena salud, se dictará en equipo con odontólogos- AT. Se dará comienzo a los talleres de aseo personal, y salud bucal, que continuaran en las casas de prealta con la ayuda de los acompañantes

terapéuticos y trabajadores sociales. Charlas de higiene, lavado de manos, lavado de la ropa, dieta, tabaco (factor común muchos de los pacientes que tienen trastorno de ansiedad), técnica de cepillado.

**ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA:** Una vez que el paciente ingresa al sillón odontológico propiamente dicho, se comienza a construir la relación odontólogo-paciente. El acompañante terapéutico concurrirá a la primera consulta con el diagnóstico del psiquiatra sobre su padecimiento mental y los medicamentos que toman. Con estos datos y los que obtendremos de la anamnesis con el paciente mismo, se elaborara la historia clínica. Una vez obtenidos los datos, se confeccionará el odontograma. Se citará al paciente para la próxima consulta.

**ELABORACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO:** Cuando el paciente se retira, el odontólogo se capacitará sobre el diagnostico de su paciente para elaborar el plan de tratamiento individualizado. Se trabajará interdisciplinariamente con la ayuda del psiquiatra, para que el odontólogo pueda recibir toda la información que sea de importancia para el trato de su paciente (internaciones, historia, crisis, estados de ánimos), además de formarse sobre su diagnóstico y la medicación que toma diariamente. De acuerdo con esta información, se elaborará un plan de tratamiento adecuado e individualizado de cada uno de los pacientes.

**COMIENZO DE TALLERES EN CASAS DE PREALTA:** Se continuará con las actividades de promoción y prevención de la salud en otro lugar que no sea el hospital. Los acompañantes terapéuticos en conjunto con los trabajadores sociales continuaran con el taller de higiene, salud, prevención, técnica de cepillado, para lograr de esta manera instalar el habito. El taller estará dirigido a todo el personal que trabaja en la institución, familiares y a todas las personas que asistan a prealta, para poder ir educándolos e incluyéndolos a las próximas visitas odontológicas.

**PROXIMA VISITA:** El paciente se presentará a la institución con su DNI, que deberá ser su responsabilidad. Mediante el trabajo interdisciplinario se trabajará que el paciente concurra a las próximas consultas de manera independiente, el objetivo es ayudarlo a su reinserción, citándolo días que le convengan, que pueda tomarse el colectivo o concurrir caminando, de a poco sin acompañante terapéutico.

**CONTINUIDAD DE LOS TRATAMIENTOS SEGÚN SU PLAN DE TRATAMIENTO:**

Con cada paciente, se trabajará de manera personalizada, sobre los hábitos que necesite incorporar, con actividades de acuerdo con su diagnóstico y su plan de tratamiento bucal. Para algunos tratamientos se citará también a su acompañante, para sentirse contenido, y para que trabaje algunas indicaciones postoperatorias en la casa de prealta. El odontólogo, con su equipo de residentes, junto con el acompañante terapéutico, irán buscando las herramientas entre una visita y la otra, con una correcta capacitación, para ir de lo más simple a lo más complejo en cuanto las prestaciones que necesita. Se realizarán: topicaciones con flúor, educación para la salud, operatorias, endodoncias y cirugías, hasta llegar al alta integral. Cada una de las practicas serán programadas y previamente explicadas al paciente para que sirva y porque se le va a realizar. La técnica que se utilizara, es DECIR- MOSTRAR- HACER. Se irán realizando en el tiempo que cada paciente necesite para enfrentar cada uno de los tratamientos correspondientes. En la facultad de odontología de La Plata, se podrá trabajar con la catedra de prótesis, para lograr en el caso de aquel paciente que lo necesite y que haya adquirido las conductas, poder ser rehabilitado de manera integral, y lograr de esta manera los tres niveles de prevención.

El trabajo en las actividades mediante talleres funcionara como catalizador para el entendimiento y producción subjetiva de salud convirtiéndose en un espacio para expresión de los saberes y construcción de transformaciones sociales, en el cual el profesional de salud actuara como orientador.

## **RECURSOS DISPONIBLES**

### **1. PROFESIONALES QUE PRESTAN LA ATENCIÓN BUCODENTAL**

Cada Área de Salud, dispondrá de la relación de profesionales que prestan atención bucodental a los pacientes con discapacidad psíquica. De entre ellos, cada área designará un profesional que asuma la coordinación del Protocolo. El coordinador planificará la actividad asistencial de los profesionales incluyendo de forma específica, en la programación de las agendas, la atención a las personas con discapacidad psíquica en el Área para los profesionales que presten esta asistencia. Esta coordinación, necesitara de la continua ayuda e intervención de un acompañante terapéutico.

### **2. FUNCIONES DEL PROFESIONAL QUE COORDINA EL PROGRAMA:**

- Participar en la organización y aplicación efectiva del Protocolo en el Área de Salud.
- Establecer los cauces de relación de las instituciones de salud (residencias, CAPS, hospitales) y las casas de pre alta.
- Prestar la atención en dichos centros.
- Garantizar un procedimiento de coordinación entre los y las profesionales que contemple la derivación de pacientes desde los centros de días, al hospital de referencia.
- Participar en el plan de formación para la atención a personas con discapacidad psíquica, teniendo en cuenta las necesidades individuales y grupales
- Realizar el seguimiento y evaluación de las actividades realizadas.
- Realizar propuestas de mejora.

### 3. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES:

- Las instituciones de salud bucal realizarán las prestaciones que no necesiten anestesia general de acuerdo con evidencias científicas y a protocolos específicos actualizados.
- En cada Área de Salud habrá al menos un hospital de referencia donde se efectuarán las intervenciones que requieran anestesia general, previa derivación del paciente.

### **ACTIVIDADES E INTERVENCIONES:**

#### **PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL INFANTIL.**

Protocolo del Área de Salud debe incluir actividades de promoción y prevención de la salud bucodental y los tratamientos asistenciales:

Asistencia dental básica:

- a) Revisión anual del estado de salud de la cavidad oral, que incluirá la exploración bucodental en relación con la disposición de piezas dentarias, la elaboración del odontograma, los índices de caries, así como el estado de la higiene y de la oclusión dentaria. Estas actividades se realizarán utilizando los medios diagnósticos necesarios,

incluyendo exploración radiográfica intraoral cuando así lo determine el odontólogo/estomatólogo, previa conformidad de los padres o tutores.

- b) Instrucciones sanitarias en torno a hábitos dietéticos saludables, correcta higiene bucodental, acompañada de adiestramiento, implicando a los padres, tutores y niños en el autocuidado y mejora de la salud bucodental.
- c) Sellados en molares definitivos, en pacientes con alto riesgo de caries, dentro de los dos primeros años de erupción.
- d) Obturaciones en piezas dentarias permanentes.
- e) Tartrectomías, cuando se detecten cálculos en la dentición permanente, incompatibles con la salud gingival.
- f) Exodoncias de piezas dentarias, tanto permanentes como temporales, cuando a criterio del odontólogo/estomatólogo resulte inviable el tratamiento conservador.
- g) Extracción de supernumerarios erupcionados.
- h) Reevaluación y seguimiento, a criterio del odontólogo, de caries, enfermedad periodontal, maloclusión, así como de pacientes médicamente comprometidos o de riesgo.

Tanto las actividades educativas como las de exploración bucodental, se harán siempre en presencia de algún familiar y/o tutor o cuidador, haciendo entrega de la siguiente información escrita:

- Estado de salud bucodental de los niños.
- Medidas de higiene bucodental y de los tratamientos que hay que realizar, si fuera necesario.
- Lugar en el que se van a efectuar las intervenciones y la forma de acceso, cuando se precise.

Los tratamientos odontológicos se realizarán en las residencias, CAPS, centros de salud y solamente cuando las alteraciones del comportamiento o el grado de discapacidad motiven la necesidad de anestesia general, la asistencia se prestará en el hospital de referencia, previa firma del consentimiento informado por la familia o el tutor.

## **ACTIVIDADES EN ADULTOS CON DISCAPACIDAD:**

Las actividades dirigidas a las personas de más de 14 años con discapacidad psíquica incluyen:

- a) Información, educación para la salud y, en su caso, adiestramiento en materia de higiene y salud bucodental.
- b) Exploración y valoración de la cavidad oral, incluyendo estudio mediante exploraciones complementarias cuando así lo determine el odontólogo correspondiente.
- c) Tratamiento de los procesos agudos odontológicos, entendiéndose por tales procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos osteodentarios, heridas y lesiones de la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación témporo-mandibular. Incluye consejo bucodental, tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera, exodoncias quirúrgicas, cirugía menor de la cavidad oral, revisión oral para la detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas y aquellos tratamientos que, a criterio del profesional que le atiende, permitan mantener una adecuada salud oral teniendo en consideración las especiales circunstancias de este colectivo.

## **CASOS QUE REQUIEREN ANESTESIA GENERAL:**

En todas las Áreas de Salud, los pacientes con discapacidad psíquica que sean susceptibles de tratamiento bajo anestesia general a juicio del odontólogo, podrán ser tratados en el hospital de referencia, previa firma del consentimiento informado por la familia o el tutor. Atendiendo a criterios de eficiencia y efectividad se estudiará, de forma individual, la pertinencia de realizar en la misma intervención el máximo de tratamientos que eviten nuevas anestесias generales. Únicamente se derivarán al hospital para realizar anestesia general aquellas intervenciones que lo requieran por la falta de colaboración absoluta del paciente, debido a la gravedad de la discapacidad o la alteración del comportamiento, haciendo inviable la intervención con anestesia local en las USB. Todas las Áreas tendrán establecido el procedimiento de derivación al hospital, que como mínimo debe incluir: documento de derivación, requisitos del preoperatorio, procedimiento para la asignación de quirófano, servicio responsable de realizar el seguimiento: (maxilofacial, otorrino, cirugía plástica) y profesional responsable de dar el alta hospitalaria. Todas las Áreas de

Salud dispondrán de un espacio en el Centro hospitalario destinado a prevenir y tratar posibles complicaciones tras la intervención con anestesia general. En aquellos pacientes que presenten patologías crónicas de base (cardiopatía, enfermedad renal) se acordará con el hospital de referencia el procedimiento para su tratamiento, al objeto de evitar complicaciones o agravamiento de su estado de salud.

#### RECOMENDACIONES PARA EL ODONTOLOGO FRENTE A UN TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ESTOS TRASTORNOS METALES:

1. Perfil del odontólogo: Este debe lograr una relación positiva con el paciente ansioso, basada en la cooperación y la confianza. Para esto, debe desarrollar una serie de cualidades psicológicas, a saber: empatía (identificarse mental y emocionalmente con el paciente), comprensión, tolerancia y receptividad. No obstante, en estos casos, el principal rol del odontólogo se tiene que centrar en calmar, apaciguar y tranquilizar al paciente; por lo tanto, el tono de voz, la actitud, los gestos, la postura, entre otros aspectos deben estar dirigidos a tal fin.
2. Predictibilidad en los procedimientos dentales: El odontólogo debe explicarle al paciente lo que se le va a realizar con antelación y luego cumplir estrictamente en la práctica con lo explicado. Incluso la duración del procedimiento, el tiempo de espera previo a la consulta y la hora de las citas son factores importantes por considerar con este tipo de pacientes. Dependiendo de las condiciones del caso, se sugiere iniciar el tratamiento dental con procedimientos sencillos, simples o conservadores, distanciando así las terapias complejas para la etapa final del tratamiento. De esta forma, se permite la adaptación progresiva del paciente.
3. Internalización y universalización: Se le debe explicar al paciente que existe una población con temores y miedos similares, que no es el único en presentar estos signos y síntomas ante la atención odontológica. Además, debe hacerse hincapié en que la situación que atraviesa es temporal y transitoria.
4. Verbalizar los efectos del tratamiento dental: El odontólogo debe reconocer ante el paciente el sufrimiento o las molestias inherentes al procedimiento dental y asegurarle que se tratan de evitar o reducir en la medida de lo posible. Asimismo, ante comportamientos desacertados del paciente ansioso el odontólogo debe evitar respuestas o conductas agresivas (violentas).

5. Uso de técnicas de anestesia o sedación: En casos extremos, donde las técnicas para reducir la ansiedad ante la atención odontológica no hayan logrado su cometido o los tratamientos odontológicos sean invasivos y complejos, se podría recomendar, previo estudio detallado del caso, el uso de sedación (ansiolíticos) o anestesia general del paciente.
6. Características del consultorio dental: El ambiente de trabajo debe ser apacible y tranquilo, debe inducir la relajación del paciente. Los colores juegan un rol importante en este aspecto. Asimismo, la música de fondo y los olores agradables durante la consulta dental disminuyen los niveles de ansiedad. Por otra parte, el instrumental que pudiera ser considerado por el paciente como amenazante o detonante de la ansiedad debe ser guardado hasta el momento de su uso.
7. Capacitación o entrenamiento constante por parte del odontólogo acerca de conocimientos básicos en psicología clínica, con énfasis en metodologías o técnicas destinadas al control o reducción de la ansiedad (Psicología aplicada a la Odontología).
8. Tratamiento interdisciplinario con el psicólogo clínico: Como parte de una atención integral y multidisciplinaria, se debe referir al paciente ansioso a la consulta psicológica. Asimismo, en caso de una fuerte crisis de ansiedad durante el tratamiento odontológico es preferible suspender la actividad y remitir al paciente al psicólogo clínico.
9. Incluir dentro de la historia clínica un apartado psicológico: La anamnesis debe contener un aspecto psicológico donde el paciente pueda reconocer, expresar y categorizar su nivel de ansiedad ante la atención odontológica. De esta forma, el profesional se hace consciente del estado del paciente ante el tratamiento dental y puede tomar las medidas pertinentes al caso.
10. Realizar estudios acerca de la ansiedad en el ámbito odontológico, que incluya el impacto del empleo de las técnicas psicológicas de intervención para lograr la reducción o el control de la ansiedad ocasionada por estímulos odontológicos.
11. Establecer una propuesta de programa de intervención psicológica de los pacientes que padecen episodios de ansiedad asociados a la atención odontológica, donde exista la participación tanto del odontólogo y su equipo de trabajo, como del psicólogo clínico. De esta forma, se implanta una visión preventiva desde el punto de vista psicológico en los servicios de salud bucal.

**Cronograma de trabajo que especifique la secuencia y tiempos de los pasos a desarrollar:**

| Actividad  | Meses |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|--|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
|  | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Revisión bibliográfica-<br>Presentación del problema y los<br>interrogantes. |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Planteo de los objetivos-<br>Relevancia y justificación del<br>proyecto      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Diagnóstico de la situación  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |

| Actividad                                 | Meses |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|---|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
|   | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Elaboración del marco<br>conceptual.      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Elaboración del protocolo de<br>atención. |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |

## **Conclusión:**

Luego de haber realizado el siguiente trabajo, podemos llegar a la conclusión de la importancia que tiene para el odontólogo y su equipo, el conocimiento de las distintas necesidades de los pacientes con padecimientos mentales para trabajar en virtud de su rehabilitación integral.

Por parte del sistema de Salud, promover el trabajo en equipo, multidisciplinario, en continua comunicación y con el conocimiento de cada una de las especialidades. Ya que no se atienden seres aislados, sino personas que conviven en sociedad y de acuerdo con esa convivencia surgen problemas de distinta índole que como profesionales de Salud pública y Comunitaria debemos estar preparados para resolverlos.

Los pacientes con trastornos mentales pueden y tienen el derecho de poder resolver cada una de sus inquietudes o patologías bucales, en centros de Salud, que mediante distintas técnicas y protocolos podrán trabajar para lograr la atención adecuada, y recientemente una ley que los abala y que debemos cumplir.

Los hospitales públicos y las universidades deben formar profesionales capacitados para atender en conjunto con psicólogos, psiquiatras y acompañantes terapéuticos las distintas necesidades todas las personas con distintos padecimientos que se acercan a cualquier institución pública.

## **Cita Bibliográfica**

- 1- OPS/OMS. 2006. La Discapacidad: Prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados. Washington DC.
- 2- [http://www.who.int/mental\\_health/publications/9789242596205/es/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/9789242596205/es/index.html) • Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias OMS, 2008

- 3- FOUCAULT, M. Historia de la Locura en la época clásica. Fondo de Cultura Económica. México. 1998
- 4- World Health Organization. World Oral Health Report 2003. Published 2003. Accessed 15 February, 2018.
- 5- Robert Kohn; Itzhak Levav. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority. 2005
- 6- Basaglia F. y col. 1989. Razón, locura y sociedad. Ed . Siglo XXI. México.
- 7- OMS. 2001. Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, más esperanzas. Ginebra: OMS.
- 8- Afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos. Fernando Hernández Suastegui, (2004).
- 9- Constitución de la organización Mundial de la salud. 2006.
- 10- Alarcón Renato. *Alternativa de Asistencia Psiquiátrica en Bolivia*. Sucre: Instituto Nacional de Psiquiatría “Gregorio Pacheco”. 1982
- 11- El programa de salud mental en la provincia de Río Negro, en “Salud Mental en la comunidad”, WDC: OPS/OMS. (2009) Argentina.
- 12- Salud mental y derechos humanos: vigencia de los estándares internacionales / compilado por Hugo Cohen. 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2009
- 13- Casa de prealta. 2013. <https://casadeprealtaalejandrokorn.wordpress.com/>

14- Ley 26657. Nacional de Salud Mental.

15- Amaíz, A.J., Flores, M.A. (2016) Abordaje de la ansiedad del paciente adulto en la consulta odontológica: propuesta interdisciplinaria. *Odontología Vital* 24:21-28.

16- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 1999. Programa de Rehabilitación y Externación Asistida.

### **Bibliografía General:**

17- DSM V Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.2003. Ed. Masson S.A. Buenos Aires. Argentina.

18- Jenicek M., Clèroux R. 1993. Epidemiología, Principios, Técnicas, Aplicaciones. Ed. Masson – Salvat. Barcelona.

19- Bidart Campos G.J. 1994. La interpretación del sistema de Derechos Humanos. Ed. Ediar. Buenos Aires. Argentina.

20-Cohen H. 2010. La Transformación del Hospital Psiquiátrico y la Atención en Comunidad. Jornadas Salud Mental 2010. Hospital Interzonal de Agudos y crónicos “Dr. A. Korn”.

21- - Despouy, L. 1993. “Los derechos humanos y las personas con discapacidad”. ONU. N.Y.

22- Kraut A.J. 2006. Salud Mental. Tutela Jurídica. Ed. Rubinzal – Culzoni Santa Fé. Argentina.

23- OMS. 2001. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. (CIF) Ginebra.

- 24- 7. Programa de Acción para el Decenio de las Américas por los Derechos y Dignidad de las Personas con Discapacidad. AG/RES. 2230 XXXVI
- 25- ONU. 2006. Convención Internacional sobre la Protección y Promoción de los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad. Organización de Naciones Unidas A.G.
- 26- ONU. 2008. Convención sobre los Derechos de la Persona con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.
- 27- OPS/OMS. 2005. Atención Primaria de la Salud y Rehabilitación. Programa Regional de Rehabilitación. Doc.de trabajo Managua.
- 28- Rodríguez J. 2009. La Salud Mental en América Latina y el Caribe: Retos y proyecciones. Salud mental y Derechos Humanos.
- 29- Zito Lema V. 2001. Conversaciones con Enrique Pichón Rivière sobre el arte y la locura. Ediciones Cinco Buenos Aires. Argentina.
- 30- O. Sander, M.E Garcia. 1999. Trastornos del sistema nervioso que afectan el área bucal y maxilofacial- Ed. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana. Caracas, Venezuela.
- 31- MENÉNDEZ, E. El Modelo Médico y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva, La Plata, 1(1): 9-32, Enero - Abril, 2005
- 32- Amico L. 2002. Desmanicomialización: hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos en salud mental.
- 33- World Health Organization. 2007.  
<http://www.who.Int/features/qa/62/es/print.html>.

- 34- Gestión del modelo de desinstitucionalización de adultos con alteraciones mentales en el sistema público de la provincia de buenos aires. autor: Ana María Morasso. Noviembre de 2016
- 35- Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Edición: junio de 2017. Agustina Palacios - Alicia Stolkiner
- 36- Berman Bieler R. Desarrollo Inclusivo: un aporte desde la discapacidad. 2006. Equipo de Discapacidad y Desarrollo Inclusivo de la Región de Latinoamérica y El Caribe.
- 37- Confederación Odontológica de la República Argentina. 1995. Programa Nacional de Garantía y Calidad de la Atención Odontológica.
- 38- Garay P., Fernández Bruno M. 1994. "Casas de medio camino" Vetrex, Rev. Arg. De Psiquiatría.
- 39- Kraut A. 1997. Los Derechos de los Pacientes. Ed. Abeledo - Perrot Buenos Aires. Argentina
- 40- - Maldonado M. 2005. Lesiones Dentarias: Valoración del Daño Odontológico. Cuadernos de Medicina Forense.
- 41- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 1999. Programa de Rehabilitación y Externación Asistida
- 42- Morasso A. M., Cobanera A., Maini E., Della Ceca V. Bordoni N. 2005. Salud Bucal en pacientes institucionalizados con trastornos mentales y del comportamiento. Journal of Dental Res. Divisional Abstract.
- 43- ONU. 2008. Convención sobre los Derechos de la Persona con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.

44- OPS/OMS. 2005. Atención Primaria de la Salud y Rehabilitación. Programa Regional de Rehabilitación. Doc.de trabajo Managua.

45- OEA. 2007. Programa de Acción para el Decenio de las Américas por los Derechos y Dignidad de las Personas con Discapacidad.

