



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**ESTADO DE SALUD BUCAL EN LOS PACIENTES
CON TRASTORNOS MENTALES QUE ACUDEN AL
HOSPITAL DR. JOSÉ ORTEGA DURAN DURANTE
EL PERIODO FEBRERO – ABRIL 2017.**

Autores:
Orellana Albany.
Rivero S. Francisco.

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego.
Teléfono: (0241) 8714240 (Master) - Fax: (0241) 871239.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.
MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR.
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA.
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.



**ESTADO DE SALUD BUCAL EN LOS PACIENTES
CON TRASTORNOS MENTALES QUE ACUDEN
AL HOSPITAL DR. JOSÉ ORTEGA DURAN
DURANTE EL PERIODO FEBRERO – ABRIL 2017.**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
ODONTÓLOGO**

Tutora:

Dra. Milvida Castrillo.

Autores.:

Orellana Albany.

Rivero S. Francisco.

San Diego, Abril de 2017.



**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA
CARRERA DE ODONTOLOGIA**

ACEPTACIÓN DEL TUTOR.

Quien suscribe, _____, portadora de la cédula de identidad N°. _____, en mi carácter de tutora del trabajo de grado presentado por los ciudadanos Orellana Albany y Rivero Francisco Titulado: **“ESTADO DE SALUD BUCAL EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. JOSÉ ORTEGA DURAN DURANTE EL PERIODO FEBRERO – ABRIL 2017.”** Presentado como requisito para optar por el título de Odontólogo, declaro que acepto la tutoría del mencionado proyecto durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe y considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador.

En San Diego, a los días _____ del mes de _____ del año 2017.

Dra. Milvida Castrillo



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

San Diego, _____

ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado: **“ESTADO DE SALUD BUCAL EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. JOSÉ ORTEGA DURAN DURANTE EL PERIODO FEBRERO – ABRIL 2017.”** ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Dra. Milvida Castrillo .
Tutor Académico

Firma

Fecha

Prof. Gladys Orozco
Tutor Metodológico

Firma

Fecha



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA DE SOLICITUD: ANALISIS Y APROBACION DE
TRABAJO DE GRADO.

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Orellana	Nombres: Albany	CI: V- 24.320.071
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología.	Índice Académico:	
DATOS DEL PROYECTO		
Autores	Orellana Albany y Rivero Francisco	
Título del trabajo: ESTADO DE SALUD BUCAL EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. JOSÉ ORTEGA DURAN DURANTE EL PERIODO FEBRERO – ABRIL 2017.		
Breve explicación: Evaluar el estado de salud bucal en los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.		
Lugar donde se desarrollará el proyecto: Universidad José Antonio Páez.		
Tiempo de desarrollo: 7 meses.		
Tutor propuesto: Dra. Milvida Castrillo		

APROBADO _____ NO APROBADO _____

COMITÉ DE EVALUACIÓN: COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y
TRABAJO DE GRADO

Nombre

Firma

Fecha

DIRECCION DE ESCUELA

Nombre

Firma

Fecha



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA DE SOLICITUD: ANALISIS Y APROBACION DE
TRABAJO DE GRADO.

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Rivero	Nombres: Francisco	CI: V- 20.383.494
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología.	Índice Académico:	
DATOS DEL PROYECTO		
Autores	Orellana Albany y Rivero Francisco	
Título del trabajo: ESTADO DE SALUD BUCAL EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. JOSÉ ORTEGA DURAN DURANTE EL PERIODO FEBRERO – ABRIL 2017.		
Breve explicación: Evaluar el estado de salud bucal en los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.		
Lugar donde se desarrollará el proyecto: Universidad José Antonio Páez.		
Tiempo de desarrollo: 7 meses.		
Tutor propuesto: Dra. Milvida Castrillo		

APROBADO _____ NO APROBADO _____

COMITÉ DE EVALUACIÓN: COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y
TRABAJO DE GRADO

Nombre

Firma

Fecha

DIRECCION DE ESCUELA

Nombre

Firma

Fecha

Agradecimientos

Primeramente *a Dios y a la Virgen*, por haberme permitido alcanzar esta meta dándome fuerza espiritual en los momentos más difíciles.

A mis *padres Nancy y Alcides*, por el cariño y apoyo incondicional que me han brindado durante toda mi vida. Gracias por enseñarme cada día a ser mejor persona.

A mí querida *hermana Aurora*, quien ha sido mi gran consejera y me ha apoyado en todo momento. Gracias por estar siempre a mi lado.

A mi mejor *amiga Crisol Parra*, por acompañarme en cada etapa vivida, te agradezco tu amistad sincera e incondicional.

A mi compañero de tesis y gran amigo *Francisco Rivero*, quien me ayudo en muchos momentos a completar esta meta. Gracias por tu confianza, paciencia y cariño.

A mi tutora *Milvida Castrillo*, por estar siempre atenta y dispuesta a brindarme orientación y conocimientos.

A mis compañeras de estudios, que muy pronto se convirtieron en grandes amigas, gracias por todos los momentos que compartimos y nos ayudaron a crecer.

Finalmente a todos esos ángeles terrenales que me ayudaron a transitar mi camino.

Albany Orellana.

Dedicatoria.

A *Dios*, por guiar mis pasos durante esta trayectoria.

A *mis padres*, mis pilares fundamentales y compañeros de vida, por haber impulsado mis sueños, este logro es para ustedes.

A *mi Abuelo Pérez y mi Abuela Aura*, por ser ejemplos de vida, amor y superación.

A *mi hermana Aurora*, por protegerme y acompañar mis pasos desde que nací.

A *mis tíos, primos y demás familiares*, por su motivación, consejos y confianza en mí.

Albany Orellana.

Agradecimientos

Doy gracias a Dios primero que nada por guiarme y darme la fuerza de voluntad para terminar esta etapa de mi vida.

Gracias a mis padres **Judith Solórzano y Juan Rivero** por el apoyo incondicional, por creer mí en todo momento.

A mi **hermano Leonardo Rivero** quien estuvo conmigo en todo momento en esta etapa.

A **mi abuela Eudorina Tochon** que me trasmitió su optimismo y motivación en todo momento para realizar mi carrera profesional, y a **mi abuela Lupe Trompis** que ya no está con nosotros en esto momentos, ella está en un mejor lugar con Dios.

A **mis tía Carmen Celeste Solórzano** por la ayuda y apoyo cuando más lo necesite, este título también te pertenece, a **Naida Coromoto Solórzano y a Daysi del Valle Solórzano** por el apoyo y la fuerza que me trasmitieron siempre a seguir adelante, a **mi tía Carmen Lucia** te cumplí cuando te dije una vez que si me iba a graduar y aquí estoy frente a todos ustedes cumpliendo mi compromiso, demostrándole que si se puede con constancia, dedicación y disciplina, gracias a mis otras **tías Eida Rivero y Vilma Rivero** a ustedes también por apoyarme.

Gracias a todos ustedes por confiar en mí, los quiero y aprecio y los llevare en mi corazón.

Francisco Rivero.

ÍNDICE GENERAL CONTENIDO

	pp.
LISTA DE CUADROS.....	xii

LISTA DE GRÁFICOS.....	xii
RESUMEN INFORMATIVO.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	xv
CAPÍTULO	
I EL PROBLEMA.....	17
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.2. OBJETIVOS.....	20
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	21
II MARCO TEÓRICO.....	23
2.1. ANTECEDENTES.....	27
2.2. BASES TEÓRICAS.....	49
III MARCO METODOLÓGICO.....	49
3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
3.2 POBLACION Y MUESTRA.....	50
3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS....	51
3.4 VALIDEZ.....	51
3.5 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	52
IV ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.....	53
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	72
ANEXOS.....	76

LISTA DE CUADROS O TABLAS

CONTENIDO

CUADROS	pp.
1.....	54
2.....	57
3.....	60
4.....	63
5.....	66

**LISTA DE GRÁFICOS Y FIGURAS
CONTENIDO**

GRAFICOS

pp.

1..... 55
2..... 58
3..... 61
4..... 64
5..... 67



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ESTADO DE SALUD BUCAL EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. JOSÉ ORTEGA DURAN DURANTE EL PERIODO FEBRERO – ABRIL 2017.

Autores: Orellana Albany y Rivero Francisco.

Tutor: Dra. Milvida Castrillo

Fecha: San Diego, Junio 2017

Objetivo: Evaluar el estado de salud bucal en los pacientes con trastornos mentales que acuden al hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero-Abril 2017.

RESUMEN

Las personas con trastornos mentales presentan necesidades médicas especiales, ya que tienen o están en un mayor riesgo de padecer enfermedades físicas y sistémicas crónicas, del desarrollo, de comportamiento y emocionales, es por ello que requieren mayor prestación de servicios de salud que la población general. Estas personas presentan una amplia variedad de condiciones bucales, sistémicas, intelectuales y sociales, que requieren de un manejo y tratamiento especial. Éstos pacientes con trastorno mental presentan una serie de factores que pueden generar lesiones tanto en tejidos duros como en tejidos blandos de la cavidad bucal. Es por esto que el objetivo de este estudio es evaluar el estado de salud bucal en los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017. Se trata de una investigación de tipo descriptiva, con un diseño de campo, no experimental cuya muestra de estudio estuvo conformada por los pacientes con trastornos mental que dadas su condición puedan dar su consentimiento para la realización del estudio y de la evaluación bucal; así mismo se tomó como criterio de inclusión la presencia de unidades dentarias en boca, quedando conformada por un total de 30 pacientes: 15 del sexo femenino y 15 del sexo masculino. Se utilizó la observación estructurada mediante la aplicación de una Historia Clínica *ad hoc* diseñada para evaluar las variables de estudio. Se evaluó el IHOS, CPOD, IG y Lesiones Bucales presentes en estos pacientes. En base a los resultados obtenidos se concluye que en la muestra de estudio el índice de higiene oral es bueno; sin embargo, existe alta prevalencia en relación al índice de caries dental e inflamación gingival en estos pacientes, así como hiperplasia gingival y aftas.

Palabras Claves: Trastornos Mentales, Salud Bucal, IHOS, CPOD, IG, Lesiones Bucales.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con enfermedad mental 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-

Otra razón es que los medicamentos que toman para el control de los síntomas psiquiátricos, alteran la fisiología normal de las glándulas salivales¹ 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).

Por lo planteado anteriormente esta investigación está orientada a determinar el estado de salud bucal en pacientes con trastornos mentales que acuden al hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017. La misma se organizó en los siguientes capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del problema, en donde se hace una breve reseña de la problemática planteada; contiene tanto objetivo general como los específicos, y la justificación de la investigación.

Capítulo II: El Marco Teórico, en donde se presentan los antecedentes de la investigación representados por trabajos seleccionados que manejaron las variables de estudio, las bases teóricas, así como también el sistema de variables planteado en la investigación.

Capítulo III: El Marco metodológico, el cual se conforma siguiendo los objetivos planteados en el estudio y comprende tipo y diseño de la investigación,

población, muestra y técnica e instrumento de recolección de los datos, la validez del instrumento.

Capítulo IV: Análisis de resultados, se describen todos los cuadros y gráficos representativos de cada objetivo planteado según las variables de estudio.

Capítulo V: representa las conclusiones y recomendaciones finales en base a los resultados obtenidos.

Posteriormente se presentan las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), expresa: "...La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

Entonces, la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus actividades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

Por consiguiente, la salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo. (OMS, 2016)

Un punto en común en el cual coinciden los teóricos es que "salud mental" y "enfermedades mentales" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental o, al

contrario, sufrir un determinado trastorno mental no constituye un impedimento para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.

Definir trastorno mental es difícil, dado que no existe un diagnóstico o cuadro clínico unitario, sino un grupo de trastornos con algunos rasgos en común. Existe un intenso debate acerca de las condiciones que son o deberían ser incluidas en la definición de trastorno mental. Esto puede tener implicaciones significativas cuando, por ejemplo, una sociedad debe definir qué tipo y que grado de trastorno mentales potencialmente merecedor de servicios y tratamientos involuntarios. (OMS, 2006)

Existe una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo. (OMS, 2016)

El Centro Nacional de Información para Niños y jóvenes con discapacidad (2011) calcula que el número de personas con trastornos mentales en la región de las Américas ha ido en aumento de 114 millones en 1990 a 176 millones para el año 2010. Estudios realizados en Estados Unidos estiman que del 1 al 5 % de la población tiene algún grado de retraso mental, asociado principalmente con síndrome de Down, desnutrición, meningitis, encefalitis entre otras. Es así como Plaza (2007) refiere que “estas personas tienen un patrón de limitaciones en comparación con el funcionamiento normal de las personas en las diferentes facetas de la vida cotidiana”.

Mientras que en Venezuela se tienen que las personas con discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales agrupan aproximadamente el 10% de la población, de acuerdo a las cifras ofrecidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006). De este porcentaje, un elevado grupo presenta retraso mental, aunque existe una parte de esa proporción en la que no se puede definir claramente la discapacidad

intelectual, quienes la padecen tienen problemas de desarrollo, de comportamiento o funcionales que les identifican con esta patología cerebral y con similares necesidades de apoyo.

Es por esto que las personas con trastornos mentales presentan necesidades médicas especiales, ya que tienen o están en un mayor riesgo de padecer enfermedades físicas y sistémicas crónicas, del desarrollo, de comportamiento y emocionales, es por ello que requieren mayor prestación de servicios de salud que la población general. Estas personas presentan una amplia variedad de condiciones bucales, sistémicas, intelectuales y sociales, que requieren de un manejo y tratamiento especial.

En relación a la salud bucodental, la OMS (2012) expresa que ésta es fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, y se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limiten en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.

Específicamente al referirse a las condiciones bucales en personas con trastornos mentales es importante destacar que los problemas o afecciones bucodentales se encuentran entre las diez primeras causas que limitan la actividad y ciertas funciones fisiológicas (el habla, masticación, deglución, etc.) de estas personas entre ellos la caries dental; pérdida dentaria y la enfermedad periodontal son las afecciones más frecuentes en esta población.

Los pacientes con trastorno mental son personas que presentan una serie de factores que pueden generar lesiones tanto en tejidos duros como en tejidos blandos de la cavidad bucal. Entre estos factores sobresalen 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 temporo-mandibular y en consecuencia se produce bruxismo.

Así mismo, 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 bacteriana y padecimientos del tejido blando gingival, así como afecciones de tejido duro como la caries dental.

Es por lo anteriormente expuesto que se plantea la necesidad de estudiar el estado de salud bucal en pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Psiquiátrico Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017. Para así poder despejar la siguiente interrogante:

¿Cómo es el estado de salud bucal en los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivo General

Evaluar el estado de salud bucal en los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar el índice de higiene bucal de los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.

- Determinar el índice de caries dental en los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.

- Examinar el estado gingival en los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.

- Indicar la presencia de lesiones bucales en los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.

- Identificar el tipo de trastorno mental en los pacientes que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los pacientes con trastornos mentales, presentan una alteración del funcionamiento cotidiano durante un periodo de tiempo prolongado; y existen pruebas que indican que tienen un mayor riesgo de presentar enfermedades buco dentales y por ende, una mayor necesidad de tratamiento que la población general. Sin embargo, la salud bucal no se ha visto como una prioridad en dichos pacientes y esto trae como consecuencia una salud bucal deficiente y afecciones bucales que repercuten de forma directa sobre la calidad de vida, el funcionamiento cotidiano, la inclusión social y la autoestima de los mismos.

Al tener una referencia sobre la salud bucal y las afecciones bucales en pacientes con trastornos mentales se puede abordar la problemática directamente y lograr tanto una prevención temprana como el tratamiento adecuado de las mismas. En efecto, el avance de las técnicas diagnósticas y preventivas hace posible el

tratamiento de la enfermedad, es decir, el tratamiento causal, el cual puede hacer que el equilibrio de fuerzas se desplace a favor del huésped y combatir la enfermedad antes de que aparezcan secuelas irreversibles.

Por tanto, se debe tomar importancia a los principios de la prevención en salud, con especial significación cuando se habla de pacientes con trastorno mental que presentan compromiso sistémico, como es el caso del retraso mental; además tener en cuenta que la salud bucal y salud general no deben ser interpretadas como entidades separadas, ya que la salud bucal es integral a la salud general.

Por lo anteriormente expuesto, esta investigación brinda beneficios a odontólogos tanto desde el punto de vista teórico como práctico debido al aporte informativo sobre las manifestaciones bucales que pueden presentar pacientes con trastorno mental, y así poder crear una mejor interrelación paciente-odontólogo tomando las medidas de atención adecuadas debido a la condición sistémica presente en estos pacientes.

Así mismo, ésta investigación hace frente a las escasas indagaciones que se han realizado en el país sobre el tema, pues se estima la necesidad de realizar cualquier esfuerzo dirigido a ampliar datos y conocimientos que permitan una mayor contribución para el mejoramiento de la salud bucal de esta población y por ende mejorar la calidad de atención de los mismos.

De igual forma, los resultados de este trabajo pueden servir como base para la creación de protocolos de atención para pacientes con algún tipo de trastorno mental. Por último, sirve como referencias a futuras investigaciones relacionadas con el tema, así como de elemento base de estudios más amplios en el contexto de la salud bucal y las manifestaciones presentes en estos pacientes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se presenta una revisión sobre los estudios previos realizados sobre el tema, por tal motivo, se toman en consideración investigación centradas en la salud bucal o enfermedades bucodentales en personas con trastornos mentales. Se presentan estudios tanto internacionales como nacionales, ordenados en forma decreciente comenzando por los de data más reciente.

Di Nasso P (2011) Mendoza - Argentina. (Internacional): En su estudio habla sobre la odontología y la salud bucal del paciente con trastornos de la inteligencia; en éste se expresa que muchos pacientes con discapacidad concurren a la consulta odontológica por demanda de salud bucal, urgencias o tratamientos diversos. Por otro lado, un sin número de patologías discapacitantes cursan con trastornos de la inteligencia de severidad diferente.

Los odontólogos generalmente orientan sus prácticas teniendo como base la discapacidad que presenta el paciente. Hoy, es difícil la presencia de una sola patología, siendo frecuente un grupo de signos y síntomas que deben ser tenidos en cuenta a la hora de proyectar un plan de tratamiento. Así mismo, tampoco es oportuno seguir una línea rehabilitadora ya que el pronóstico de la discapacidad basal muchas veces puede optimizar la planificación de las sesiones y las características del paciente hacen que no pueda fijarse una única alternativa de atención.

Se presenta la descripción de la patología y algunos datos estadísticos de pacientes atendidos en la cátedra Clínica del Paciente Discapacitado en el año 2010

en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, en Mendoza, Argentina.

Por otra parte, **Morales M (2008) Valencia – España.** (Internacional): titulan su estudio: Patologías Bucodentales y Alteraciones Asociadas Prevalentes en una Población de Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil. Este estudio estableció como propósito determinar la prevalencia de patologías bucodentales en pacientes pediátricos con diagnóstico médico de PCI, dentro de las cuales se consideró la caries dental, las alteraciones del esmalte, enfermedad periodontal, candidiasis bucal, maloclusiones dentales, bruxismo, patologías asociadas a disfunciones anatómicas y funcionales como la presencia de babeo, y otras alteraciones relacionadas con la enfermedad de base, que pueden asociarse directamente con la afección del sistema estomatognático como cuadros convulsivos o autolesiones.

Para obtener la información se tomó una muestra de 30 pacientes con edades comprendidas entre 3 y 12 años, atendidos en la Clínica Odontológica para Pacientes Discapacitados de la Cruz Roja en Valencia, España; utilizándose para la recolección de los datos, la entrevista estructurada a los padres y la hoja de registro de datos clínicos.

Los datos agrupados se presentan graficados para determinar de forma porcentual la prevalencia de cada patología, observándose cifras alarmantes para muchos de los ítems estudiados. Se concluye comparando los resultados con los previamente descritos por la literatura y recomendando algunas acciones para contribuir a la mejora de la salud bucal de estos pacientes.

Siguiendo con **Muñoz L, Arias S. et al (2005) Camagüey – Cuba.** (Internacional): realizan un diagnóstico de salud bucal en niños con retraso mental ligero. La atención a discapacitados es cada día más importante, por ello se realizó una investigación con el objetivo de acercarnos a la problemática de salud bucal de niños con retraso mental ligero. Se efectuó un estudio observacional y descriptivo

causal en dos escuelas especiales del municipio Camagüey, desde septiembre de 1999 a abril de 2001.

La muestra estuvo constituida por 87 niños, a los que se le determinó el diagnóstico de salud bucal y educativo, este último mediante técnicas afectivo-participativas. Se realizó estadística descriptiva con distribución de frecuencia en cantidades absolutas y por ciento, y estadística inferencial a través de tablas de contingencia con la prueba chi-cuadrado y de hipótesis de proporciones. La alta prevalencia de enfermedades bucales estuvo influenciada por la presencia de numerosos factores de riesgo, por lo que un gran número de niños se clasificó como gravemente afectado.

Continuando, **Hernández F y Vivanco B. (2004). México.** (Internacional): Titulan su investigación: Afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos. Se presenta como un estudio transversal de enfermedades bucales en pacientes psiquiátricos atendidos en el servicio de odontología de un hospital psiquiátrico de la Secretaría de Salud de México en los meses de noviembre de 1998 a marzo de 1999. Se revisaron 45 pacientes con diagnóstico de trastornos orgánicos y 31 con esquizofrenia, encontrando que los padecimientos bucales más frecuentes en estos pacientes son: en tejidos duros la caries y en tejidos blandos la gingivitis, así como lesiones en la mucosa oral.

Se concluyó sugiriendo una atención más preventiva en los pacientes mediante la exploración completa del aparato estomatognático y no solamente del problema por el que acude el paciente a la atención odontológica, con la finalidad de establecer un diagnóstico oportuno.

Por otro lado; **Roa A y Rodríguez E (2013) Carabobo-Venezuela.** (Nacional): presentan su trabajo titulado Condición De Salud Bucal En Pacientes Con Retraso Mental; dicha investigación tuvo como propósito principal determinar la condición de salud bucal en pacientes con retraso mental que acuden a la clínica de

Odontopediatría III en el centro de atención ACAPANE en edades comprendidas entre 6-12 años entre 2011-2013.

Para tales fines se realizó una investigación de tipo descriptiva, con un diseño no experimental cuya población estuvo determinada por las historias clínicas de pacientes con retraso mental del centro de atención ACAPANE, tomando 40 de éstas, las cuales cumplían con el criterio de inclusión de la muestra como lo es pertenecer al rango de edad de 6 a 12 años.

Al recolectar los datos, se obtuvieron los siguientes resultados: el índice de higiene oral simplificado (IHOS) tanto por edad y género fue de 0,95 lo que es indicativo de una buena higiene bucal, el promedio de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracción indicada y obturados (CPOD) tanto por edad y género fue de 3,86 indicando un riesgo moderado a caries dental, por su parte el índice de dientes cariados, con extracciones indicadas y obturados (ceod) arrojó 5,19 representativo de un alto riesgo a caries dental, en cuanto a la prevalencia de las lesiones localizadas en tejidos blandos las encías fueron las más afectadas con 48,80% seguida de labios con 32,50% y el género donde predominaron estas lesiones fue el masculino; por ultimo en lo que respecta a la prevalencia de lesiones en tejidos duros en el grupo etario 9 a 12 años se evidencio el mayor porcentaje con 51,51%.

Se concluye esta revisión con **Dávila M, Gil M; et al (2006) Lara, Venezuela.** (Nacional): en su investigación: Caries Dental en personas con Retraso Mental y Síndrome de Down realizado por Dávila M, Gil M; et al (2006). Éste tuvo como objetivo determinar la prevalencia de caries dental en personas con retraso mental (RM) y Síndrome de Down (SD); se realizó una investigación descriptiva transversal, en la cual se visitó la escuela especial ubicada en el Municipio Morán, Estado Lara, Venezuela, la cual cumplía con los criterios de inclusión; se realizó el diagnostico de salud bucal de 60 alumnos y entrevistó a los padres y/o representantes.

En los resultados se evidencia que la edad promedio de los participantes fue de $14,5 \pm 8,17$ y 48,3% pertenecen a la clase social obrero. En relación con la salud bucal 53 % presentaba caries dental, de ellos 51,7 % en los molares. Las personas con RM moderado presentaron el mayor porcentaje de caries dental (75 %). Aproximadamente 53 % de las mujeres y 46,2 % de los varones, 64,4 % y 31,9% de los participantes con RM y SD, tenían caries dental, respectivamente. Requerían tratamiento dental urgente 28,3 % de los participantes, y 45 % utilizaban los servicios odontológicos públicos.

Se llegó a la conclusión de que las personas con Retraso Mental y Síndrome de Down presentan una precaria salud bucal por lo que se recomienda la creación de programas dirigidos a estas personas.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Salud Bucal

Según la OMS (2012) se puede definir salud bucodental como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. Así mismo, se manifiesta que ésta es fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida.

El diagnóstico del estado de salud de la población por ser multifactorial se hace muy complejo, más aún si pretendemos abarcarlo en toda su magnitud, para una colectividad o comunidad determinada, sea ésta la de un país, provincia, municipio, área de salud, centros educacionales, centros laborales, etc. Todas estas poblaciones

pueden ser estudiadas para conocer su estado de salud, sus componentes, sus determinantes o factores de riesgo y su causalidad, para elaborar un plan de acción y de ejecución que permita alcanzar indicadores de salud cada vez más favorables.

El estado de salud de la población es un reflejo de desarrollo material y espiritual de una sociedad referente a la salud social, es un sistema valioso para evaluar la eficiencia y eficacia del sistema de salud y un instrumento para demostrar la capacidad del estado en garantizar la salud de la población. (San Martín H, Martín SC y Carrasco JL. 1990)

El componente bucal del proceso salud enfermedad de los individuos familias y colectivos de una comunidad no escapa a este complejo proceso de determinación. En caso concreto, la salud y enfermedad bucal es la resultante de sus condiciones específicas: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros y trazas específicos, hábitos higiénicos bucales, acceso a servicios estomatológicos, capacitación en conocimientos sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud, práctica o asistencia periódica o sistemática a los servicios estomatológicos, acceso y práctica a medidas de función, etc. (Mena SA y Rivera L. 1992)

2.2.2 Indicadores de Salud Bucal (Romero Y, Vasquez N y Couto M; 2009)

Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)

En 1960 Greene y Vermillion crearon el índice de higiene bucal (OHI, por sus siglas en inglés oral hygiene index); más tarde lo simplificaron para incluir sólo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Esta modificación recibió el nombre de OHI simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés oral hygiene index simplified).

Éste mide la superficie del diente cubierta con desechos y cálculo. Se usó el impreciso término desechos, dado que no era práctico diferenciar entre la placa, los desechos y la materia alba. Asimismo, lo práctico de establecer el peso y grosor de los depósitos blandos incitó a la suposición de que en tanto más sucia se encontrase la boca, mayor sería el área cubierta por los desechos. Esta inferencia también denota un factor relativo al tiempo, dado que mientras más tiempo se abandonen las prácticas de higiene bucal, mayores son las probabilidades de que los desechos cubran la superficie del diente.

*Componentes del Índice:

-Índices de depósitos blandos ® restos de alimentos, pigmentos.

® Materia Alba.

-Índices de depósitos duros ® miden el cálculo dental (si hay aumento significa que hay mala higiene y que no ha habido control odontológico últimamente).

*Dientes que mide:

1.1, 1.6, 2.6, 4.6, 3.1, 3.6

Si no está alguno se toma el vecino. En el caso del incisivo central derecho, si no está se toma el Incisivo Central izquierdo. Y en el caso de los molares se elige el 2 Molar cuando no está el 1°.

*Criterios:

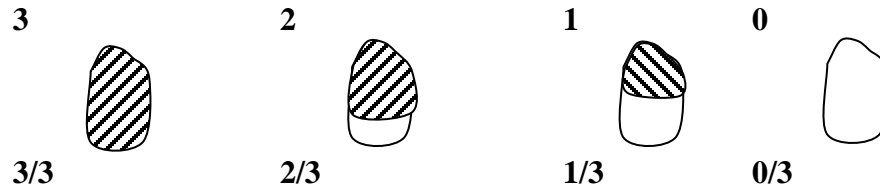
-Depósitos blandos:

0 ® No hay depósitos ni pigmentaciones.

1 ® Existen depósitos en no más del 1/3, o no hay pigmentación.

2 ® Existen depósitos que cubren más del 1/3, pero menos que 2/3.

3 ® Los depósitos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria.



-Depósitos duros:

0 ® No hay cálculo.

1 ® Cálculo supragingival no es más de 1/3.

2 ® Cálculo supragingival cubre más de 1/3, pero no más de 2/3 (es típico en molares superiores por la salida del conducto de Stenon).

3 ® Cálculo cubre más de 2/3 o existe banda subgingival que rodea la porción cervical del diente (más típico en piezas antero-inferiores por la salida de la glándula submaxilar).

***Cálculo del índice:**

-Se obtiene de la combinación de ambos índices (duros y blandos). Teniendo como valor máximo = 6 (3 por los blandos y 3 por los duros).

-Sacarlo individual ® permite precisión, y saber la cronicidad.

-El valor combinado ® permite hacerse una imagen o idea global.

-Se obtienen 12 medidas por individuo (6 blandas y 6 duras).

- Si calculo las 12 medidas (6 dientes – 6 blandos y 6 duros) ® el valor máximo a encontrar sería 36 (6 blandos x 3 = 18 y 6 duros x 3 =18).

Índice de depósito blando o duro = suma de valor de cada diente / 6.

Puntuación: Excelente 0 Buena 0.1 – 1.2 Regular 1.3 – 3.0 Mala 3.1 – 6.0

Índice de Caries Dental (CPO-D y ceo-d)

Índice CPO-D Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson en 1935 y se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo que es un promedio. Se consideran solo 28 dientes y para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en porcentaje o promedio. Esto es muy importante al comparar poblaciones.

Se debe obtener por edades, las recomendadas por la OMS son: 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años. El índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países. Signos: C = caries, P = perdido, 0 = obturaciones

En los niños se utiliza el ceo-d (dientes temporales) en minúscula, las excepciones principales son, los dientes extraídos en niños por tratamiento de ortodoncia o perdidos por accidentes así como coronas restauradas por fracturas. El índice para dientes temporales es una adaptación del índice COP a la dentición temporal, fue propuesto por Gruebbel y representa también la media del total de dientes temporales cariados (c) con extracciones indicadas (e) y obturaciones (o)

Índice COP individual = C + O + P o c + e + o

Índice COP comunitario o grupal = COP total / Total de examinados.

Índice Gingival de Løe y Silness:

***Características Generales:**

-Mide el índice de Inflamación Gingival.

-Se examinan los dientes de Ramfjord, son 6 dientes: 1.6, 2.1, 2.4, 3.6, 4.1 y 4.4.

-Se registran las 4 superficies lisas de cada diente, esto suma un valor máximo posible de 24 mediciones (4 x 26).

-El promedio del total de las mediciones efectuadas constituye el IG para toda la boca del individuo.

-Se emplea sonda periodontal para el examen.

***Criterios:**

0 ® Ausencia de inflamación.

1 ® Inflamación leve, leve cambio en el color y hay edema gingival. No sangra al sondaje.

2 ® Inflamación moderada, enrojecimiento, edema e hipertrofia gingival. Sangra al Sondaje (a los 10 segundos).

3 ® Inflamación severa, marcado enrojecimiento e hipertrofia. Puede haber ulceraciones. Tiende al sangramiento espontáneo.

Formula:

Para cada diente:

Sumatoria de superficies de cada diente / N° de superficies

Para cada Persona:

Sumatoria de cada dientes / N° de dientes evaluados.

2.2.3 Lesiones Bucales

Las lesiones de la mucosa oral pueden manifestarse de diversas maneras, si bien una clasificación basada en la clínica fundamental del paciente (en este caso los datos obtenidos principalmente mediante la inspección) nos orientará el diagnóstico y nos facilitará el diagnóstico diferencial inicial, que realizaremos mediante el desarrollo de una cuidadosa anamnesis dirigida. Éstas se pueden clasificar como lesiones blancas, lesiones rojas, lesiones pigmentadas, lesiones ulceradas, surcos y fisuras, lesiones hiperplásicas, lesiones vesículo-ampolladas, tumoraciones y lesiones excrecentes. (González S, García F, Cebrián J; 2003)

Debido a la extensión que representa esta clasificación, se describen a continuación las lesiones elementales que se pueden observar en la mucosa bucal; recordando que las lesiones elementales son términos utilizados para describir el aspecto clínico de las lesiones tanto de piel como de mucosas. Éstas se dividen en dos grupos: primarias y secundarias, estas últimas son resultantes de las modificaciones de las primarias en su curso evolutivo.

2.2.4 Lesiones elementales primarias:

Mácula o mancha

Área circunscrita con cambio de color sin elevación, depresión ni variación en el espesor o la consistencia, por lo cual no son apreciables a la palpación. Algunos ejemplos de éstos son tatuajes por amalgama, pigmentación melánica, áreas de hemorragia, etc. (Regezi, J.A., Sciubba, J.J; 2000)

Pápula

Lesión sólida elevada, cupuliforme o plana que mide igual o menos de 5 mm de diámetro, su color va de ser similar a la mucosa adyacente hasta blanco nacarado o rojo violáceo. Puede ser única o múltiples las cuales coalescen para formar una placa. Son frecuentes en enfermedades como liquen plano, hiperplasia epitelial multifocal, etc. (Regezi, J.A.; Sciubba, J.J; 2000)

Placa

Elevación de la superficie mucosa, generalmente bien definida mayor a 5 mm de diámetro, con bordes bien o mal circunscritos y de superficie lisa, rugosa o verrugosa. (Regezi, J.A.; Sciubba, J.J; 2000)

Úlcera

Pérdida de la continuidad del epitelio de profundidad variable, con exposición del tejido conectivo subyacente. El fondo puede ser hemorrágico o estar cubierto por una membrana blanquecina, grisácea o amarillenta, los bordes son lisos y eritematosos o indurados, firmes y elevados. Las más frecuentes son las úlceras traumáticas, recurrentes y herpéticas. (Regezi, J.A.; Sciubba, J.J; 2000)

Tumor

Neoformación de forma, tamaño y consistencia variable, que tiende a persistir y crecer indefinidamente. Es palpable, circunscrito, elevado y constituido por proliferación celular. Puede ser de carácter benigno (ejemplo: lipomas) o maligno (ejemplo: carcinomas). (Regezi, J.A.; Sciubba, J.J; 2000)

Nódulo

Aumento de volumen bien localizado, proveniente de tejidos profundos, generalmente sólido, palpable, circunscrito, que suele medir desde .5mm hasta varios centímetros. Un ejemplo de éste es: la malformación vascular. (Regezi, J.A.; Sciubba, J.J; 2000)

Vesícula

Elevación circunscrita con contenido líquido menor de 5 mm de diámetro que pueden ser intraepiteliales (entre el epitelio), ó subepiteliales (debajo de él). Un ejemplo clásico de éstas son las causadas por el virus del herpes. (Regezi, J.A.; Sciubba, J.J; 2000)

Ampolla o bula

Es una elevación circunscrita con contenido seroso, mayor de 5 mm de diámetro que pueden ser intraepiteliales o subepiteliales. Puede formarse cuando coalescen varias vesículas. En el pénfigo y eritema multiforme se pueden apreciar este tipo de lesiones. (Regezi, J.A.; Sciubba, J.J; 2000)

Pústula

Es una lesión elevada, circunscrita, causada por una acumulación de líquido purulento de consistencia blanda. Ejemplo de ésta entidad es el absceso periapical. (Regezi, J.A.; Sciubba, J.J; 2000)

2.2.5 Lesiones elementales secundarias:

Escama

La escama son laminillas epidérmicas secas que se desprenden espontáneamente como resultado de una alteración en el proceso de queratinización. Las escamas aparecen como consecuencia de una lesión previa (queilitis). (Regezi, J.A.; Sciubba, J.J; 2000)

Costra

Lesión sólida de consistencia variable, que se produce como consecuencia de la desecación de serosidad, pus o sangre mezclada con restos celulares que cubren transitoriamente lesiones erosivas o ulceradas. El color es variable de acuerdo al tipo de costra: serosa, serohemática o hemática. (Regezi, J.A.; Sciubba, J.J; 2000)

Fisura o grieta

Solución de continuidad, sin pérdida de sustancia que se produce por clivaje de la mucosa o de la piel. Ejemplo: lengua fisurada y también pueden observarse en la queilitis por sobreinfección por cándida. (Regezi, J.A.; Sciubba, J.J; 2000)

Cicatriz

Tejido de neoformación (conectivo-epitelial) que repara la pérdida de continuidad debida a un proceso ulceroso o inflamatorio. Puede ser atrófica (blanda) o hipertrófica (consistente) y su color puede ir de rosada hasta hiperpigmentada. (Regezi, J.A.; Sciubba, J.J; 2000)

Atrofia

Disminución del espesor, consistencia y elasticidad de la mucosa debido a la reducción en el número de las capas epiteliales; se presenta como zonas finas y

eritematosas debido a que los vasos sanguíneos se tornan más superficiales. (Regezi, J.A.; Sciubba, J.J; 2000)

Erosión

Es la pérdida de las capas superficiales del epitelio (no deja cicatriz). Se observa como una zona eritematosa. (Regezi, J.A.; Sciubba, J.J; 2000)

Así mismo se puede decir que las irritaciones y las lesiones bucales se observan como protuberancias, pigmentaciones o úlceras en la boca, los labios o la lengua. Si bien existen muchos tipos de trastornos bucales, tenemos que entre los más comunes se encuentran las aftas, el herpes labial, la leucoplasia, la eritroplasia y la candidiasis. Los mismos se discuten a continuación: (Regezi, J.A.; Sciubba, J.J; 2000)

2.2.6 Trastornos o Lesiones más comunes

Aftas

La palabra afta procede del término griego “Aphtay” y significa quemadura. Es la lesión vesiculosa por antonomasia. Se trata de una lesión elemental elevada de contenido líquido, claro, que se localizan en el epitelio y que generalmente no dejan cicatriz, excepto el afta de Sutton. Es difícil definir un afta verdadera ya que desde los albores de la medicina se llamaron aftas a ulceraciones y erosiones de muy diverso origen. El nombre de afta lo llevan diversos procesos totalmente diferentes: traumática, vulgar, de Bednar, neurótica etc., las cuales tienen características clínicas, histológicas, evolutivas, pronósticas y terapéuticas diferentes. (Rioboo M, Bascones A. 2011)

Herpes labial

El herpes labial se caracteriza por úlceras comunes y dolorosas en o alrededor de la boca. El virus que las causa, el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1), es muy

común y se transmite muy fácilmente. Aunque el virus normalmente se transmite por los besos, también se puede transmitir por un contacto más casual. La primera infección suele ocurrir en niños, a veces sin síntomas, y puede confundirse con un resfrío o una gripe. Una vez que la persona se ha infectado, el virus permanece en el cuerpo, provocando ataques recurrentes en algunas personas, sin embargo, el virus permanece inactivo. Se describen como vesículas pequeñas llenas de líquido, sobre una zona sobre elevada, roja y dolorosa de la piel; 1 o 2 días antes de la erupción cutánea, suele haber dolor o picor en la zona, lo que se denomina pródromo. Su duración habitual es de 7 a 10 días. Cuando las vesículas se secan, se forma una costra amarillenta, que finalmente cae dejando una zona de piel rosada que cura son cicatriz. (Giménez S. 2004)

Leucoplasia

El término leucoplasia fue utilizado por primera vez por E. Schwimmer a finales del siglo XIX, y procede de las palabras griegas “leuco” que significa blanco y “plakos” que significa placa. En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) pretendió consensuar la terminología utilizada hasta el momento, y precisó su definición como una mancha blanca que no puede caracterizarse como otra entidad clínica ni patológica. La leucoplasia oral como lesión precancerosa, fue definida en Uppsala en 1994 por un grupo de expertos en patología oral, como una lesión predominantemente blanca de la mucosa oral que no puede ser caracterizada como ninguna otra lesión, ni clínica ni histopatológicamente, y que tiene tendencia a la transformación maligna. (Escribano M, Bascones A. 2009)

Eritroplasia

La eritroplasia es una lesión preneoplásica, que aparece como una mancha o placa eritematosa (roja), aislada, de superficie lisa y aterciopelada, cuyo desarrollo no responde a un trastorno sistémico con manifestación bucal. Esta afección tiende a situarse profundamente en las superficies epiteliales, en cualquier sitio de la mucosa

oral, y posee bordes bien circunscritos o definidos, con una extensión que varía desde milímetros a varios centímetros. (Estrada G, Primitivo O, Gonzalez E, et al. 2010)

Candidiasis

La candidiasis es una enfermedad muy frecuente y una de las micosis más importantes y de mayor frecuencia en la cavidad bucal; afecta a ambos sexos y a cualquier edad, aunque son más frecuentes en los extremos de la vida. Esta enfermedad se puede manifestar de diferentes formas. Así, cuando se inspecciona la mucosa bucal, los signos principales serán el eritema y los depósitos blanquecinos. A veces podemos encontrar fisuraciones o queilitis asociadas. La sintomatología asociada es variable y generalmente mínima, desde asintomática hasta cuadros de disgeusia, ardor o quemazón de variada intensidad.

Sin hacer distinción entre formas agudas y formas crónicas, la variedad pseudomembranosa es aquella formada por pequeños acúmulos de color blanquecino amarillento que se desprenden por el raspado, dejando una superficie enrojecida sobre la mucosa; como forma eritematosa, aquella que cursa con zonas enrojecidas primarias o por la eliminación de la capa pseudomembranosa; como leucoplasia-candidiasis aquella que cursa con placas blanquecinas que no se desprenden por el raspado y que pueden ser causadas por una sobreinfección de una placa de leucoplasia, o una candidiasis crónica que ha evolucionado hacia ella. La forma nodular se corresponde con la antigua forma vegetante. (Rodríguez J, Miranda J; et al 2002).

2.2.7 Trastorno Mental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) y el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, 2013) de la American Psychiatric Association (APA); se conoce como trastorno mental al síndrome o a un patrón de

carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad. En este marco, resulta interesante destacar que una enfermedad de tipo mental es aquella que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones.

Resulta importante mencionar que los trastornos mentales pueden ser consecuencia de factores biológicos (ya sean de orden genético, neurológico u otros), ambientales o psicológicos. Por eso requieren de un abordaje multidisciplinario enfocado a mejorar la calidad de vida del sujeto. Muchos son los signos o síntomas que dan muestra de que alguien está sufriendo un trastorno mental. Así, por ejemplo, entre los mismos se encuentran trastornos del sueño, tristeza, ansiedad, alteraciones en lo que es la memoria, dificultad palpable para pensar con absoluta claridad, conducta de tipo agresivo o incluso cambios y problemas en lo que es tanto la percepción visual como la auditiva.

Aunque existen diversas categorías de trastornos mentales, las principales están basadas en los trastornos neuróticos y los trastornos psicóticos. Los mencionados en primer lugar alteran la percepción que el individuo tiene en torno a sí mismo y el grado de aprobación del Yo. Más allá de esto, no representan una distorsión del plano real ni provocan aislamientos importantes de la vida social. Los trastornos psicóticos, en cambio, pueden incluir delirios, fuertes dificultades de carácter afectivo y relacional o alucinaciones. Por lo general, estos están determinados por razones orgánicas relevantes.

2.2.8 Clasificación de los Trastornos Mentales según la DSM – IV (1994)

Eje I: Enfermedades mentales

Eje II: Trastornos de personalidad y del desarrollo

Eje III: Enfermedades médicas

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Eje V: Evaluación de la actividad global (funcionamiento laboral, escolar, social y familiar)

Los grupos de trastornos actualizados del DSM-5 (2013) son los siguientes:

1. Trastornos del neurodesarrollo.
2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados.
4. Trastornos depresivos.
5. Trastornos de ansiedad.
6. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados.
7. Trauma y otros trastornos relacionados con factores de estrés.
8. Trastornos disociativos.
9. Trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados.
10. Trastornos de la alimentación.
11. Trastornos del sueño-vigilia.
12. Disfunciones sexuales.
13. Disforia de género.

14. Trastornos del control de impulsos y conductas disruptivas.
15. Trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos.
16. Trastornos neurocognitivos.
17. Trastornos parafílicos.
18. Trastornos de personalidad.

Así mismo se presenta a continuación la clasificación de los trastornos mentales y de comportamiento según la Clasificación Internacional de Enfermedades actual CIE-10-ES; específicamente en el capítulo 5 de la CIE-10-ES Diagnósticos clasifica las enfermedades mentales en los códigos comprendidos entre las categorías F01-F99. (Gutiérrez M. 2016)

*Trastornos mentales debidos a afecciones fisiológicas conocidas

*Demencia

*Delirium no inducido por drogas

*Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas

*Esquizofrenia

*Trastornos del Humor (Afectivos)

*Trastornos mentales somatomorfos no psicóticos y trastornos de comportamiento asociados a trastornos fisiológicos y factores físicos

*Intentos de suicidio

Dentro de éstos los trastornos psiquiátricos más importantes se encuentran:

- Trastornos Orgánicos.
- Esquizofrenia y otras psicosis.

- Trastornos Afectivos.
- Otros Trastornos Funcionales.
- Retraso Mental y Trastornos del Desarrollo
- Trastorno de la Personalidad.

Además la OMS (2016) describe los trastornos mentales de mayor prevalencia, los cuales se presentan a continuación:

Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Se calcula que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres.

El paciente con depresión presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. La depresión puede ser de larga duración o recurrente, y afecta considerablemente a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.

Se ha demostrado que los programas preventivos reducen su incidencia tanto en los niños (por ejemplo, mediante la protección y el apoyo psicológico en casos de maltrato físico o abuso sexual) y en los adultos (por ejemplo, mediante la asistencia psicosocial después de catástrofes naturales o conflictos bélicos).

Además, se dispone de tratamientos eficaces. La depresión de leve a moderada se puede tratar eficazmente con terapias que utilizan el diálogo, como la terapia cognitivo-conductual o la psicoterapia. Los antidepresivos pueden ser un tratamiento eficaz para la depresión de moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección

para la depresión leve. Tampoco se deben emplear para tratar la depresión infantil y no son el tratamiento de elección en los adolescentes, a quienes se deben prescribir con cautela.

En el tratamiento de la depresión se tienen en cuenta los aspectos psicosociales y se determinan los factores que pueden causar estrés, como las dificultades económicas, los problemas en el trabajo y el maltrato físico o psicológico, así como las fuentes de apoyo, como los familiares y amigos.

Trastorno afectivo bipolar

Este trastorno afecta a alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo. Se suele caracterizar por la alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por periodos de estado de ánimo normal. Durante los episodios de manía, el paciente presenta un estado de ánimo exaltado o irritable, hiperactividad, verborrea, autoestima elevada y una disminución de la necesidad de dormir. Las personas que presentan solamente episodios maníacos y no sufren fases depresivas también se clasifican dentro del diagnóstico de trastorno bipolar.

Se dispone de medicamentos que estabilizan el estado de ánimo con los que atajar eficazmente las fases agudas del trastorno bipolar y prevenir las recidivas. Además, el apoyo psicosocial es un elemento esencial del tratamiento.

Esquizofrenia y otras psicosis

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo. Las psicosis, entre ellas la esquizofrenia, se caracterizan por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta. Las psicosis suelen ir acompañadas de alucinaciones (oír, ver o percibir algo que no existe) y delirios (ideas persistentes que no se ajustan a la realidad de las que el paciente está firmemente convencido, incluso

cuando hay pruebas de lo contrario). Estos trastornos pueden dificultar que la persona trabaje o estudie con normalidad.

La estigmatización y la discriminación se pueden traducir en una falta de acceso a los servicios socio-sanitarios. Además, hay un riesgo elevado de que no se respeten los derechos humanos de las personas afectadas, por ejemplo mediante su internamiento prolongado en centros psiquiátricos.

La esquizofrenia suele debutar al final de la adolescencia o el principio de la edad adulta. El tratamiento con fármacos y apoyo psicosocial es eficaz. Con un tratamiento adecuado y apoyo social, los pacientes pueden llevar una vida productiva e integrarse en la sociedad. La facilitación de la vivienda asistida, las subvenciones para la vivienda y las ayudas para la inserción laboral son medidas de apoyo para que las personas que padecen trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, vayan superando etapas en su rehabilitación y superen los obstáculos que les dificultan encontrar y mantener un empleo y una vivienda.

Demencia

En el mundo hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia. Este trastorno de naturaleza crónica y progresiva se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares. Aunque no se dispone de tratamientos que curen la demencia o reviertan su evolución progresiva, se están investigando varios fármacos nuevos que se encuentran en

diversas etapas de los estudios clínicos. Sí existen, en cambio, numerosas intervenciones para apoyar y mejorar la vida de las personas con demencia y la de sus cuidadores y familiares.

Trastornos del desarrollo, incluido el autismo

El concepto de trastorno del desarrollo es un término general que abarca la discapacidad intelectual y los trastornos generalizados del desarrollo, entre ellos el autismo. Los trastornos del desarrollo suelen debutar en la infancia pero tienden a persistir hasta la edad adulta, causando una disfunción o un retraso en la maduración del sistema nervioso central. Por lo general, no se caracterizan por periodos de remisión y recidivas como muchos otros trastornos mentales, sino que siguen un patrón constante.

La discapacidad intelectual se manifiesta por la afectación de facultades de diversas áreas del desarrollo, como las habilidades cognitivas y la conducta adaptativa. El retraso mental afecta a la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas de la vida.

Los síntomas de los trastornos generalizados del desarrollo, como el autismo, son alteraciones del comportamiento social, la comunicación y el lenguaje, así como limitaciones específicas de cada individuo con respecto a sus intereses y actividades, que realiza repetidamente. Los trastornos del desarrollo suelen iniciarse en la infancia o la primera niñez. En ocasiones, las personas afectadas presentan un cierto grado de discapacidad intelectual.

2.3 Sistema de Operacionalización de Variables

Objetivo General: Evaluar el estado de salud bucal en los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.					
Objetivos Específicos	Variables	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Determinar el índice de higiene bucal de los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.	Higiene bucal	Representa la ausencia de placa o materia alba en la superficie clínica de los dientes. Esta determina una correcta técnica de cepillado, uso de hilo dental y enjuague bucal así como control odontológico.	Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)	Excelente 0 Buena 0.1 – 1.2 Regular 1.3 – 3.0 Mala 3.1 – 6.0	1
Determinar el índice de caries dental en los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.	Caries Dental	Enfermedad multifactorial que causa la destrucción de las estructuras del diente.	Índice: CPOD	0-1.1 muy bajo 1,2-2,6 bajo 2,7-4,4 moderado 4,5-6 alto +6 muy alto	2
Examinar el estado gingival en los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.	Estado Gingival	Condición de la encía en dónde se evidencia si la misma se encuentra sana o si presenta algún grado de inflamación.	Índice Gingival de Loe y Silness	0 Ausencia de inflamación 1 Inflamación leve 2 Inflamación moderada 3 Inflamación severa	3

Indicar la presencia de lesiones bucales en los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.	Lesiones Bucales	Patologías más frecuentes que se desarrollan en la cavidad bucal	Herpes labial Leucoplasia Eritroplasia Candidiasis bucal, etc.	Presencia Ausencia (diagnóstico clínico)	4
Identificar el tipo de trastorno mental en los pacientes que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.	Tipo de Trastorno Mental	Clasificación de los trastornos o alteraciones que se presentan en el sistema nervioso y causan en su mayoría repercusiones en la conducta del individuo con implicaciones sociales, educativas e incluso físicas.	OMS (2016): Depresión Trastorno afectivo bipolar Esquizofrenia Demencia Trastornos del desarrollo incluido autismo	Diagnóstico clínico (signos)	5

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El marco metodológico de la investigación tiene como objetivo fundamental proporcionar un modelo de verificación que permita comprobar los hechos con teorías y se realiza mediante una estrategia o plan general que determine las operaciones necesarias para realizarlos.

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación en el siguiente estudio se enmarca según su enfoque de tipo descriptivo, “que se dirige a determinar la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) y en quienes, donde, cuando se está presentando dicho fenómeno” Sierra (2004). Del mismo modo, se trata de una investigación de campo, puesto según el autor previamente citado es aquella donde la información se recolecta en forma directa de la realidad donde se presenta.

Así mismo, según los objetivos de este estudio, el mismo se adecua a los propósitos de un diseño no experimental, Hernández, Fernández y Baptista (2010) lo definen como “aquel que se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir es una investigación en donde no se hace variar intencionalmente las variables independientes”; lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Además es de corte transversal, ya que los datos se recolectan en un solo momento en

un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Según Orozco Labrador y Palencia (2002) se refiere a la delimitación espacial del estudio, es decir, hasta donde puede alcanzar la generalización de los resultados. En este caso la población de la presente investigación estuvo representada por los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Durán durante el período Febrero-Abril 2017.

Muestra

En relación a la muestra, está conformada por un subconjunto de individuos involucrados en la población de estudio, es decir, la unidad contextual que aporta la información, así la describe Orozco Labrador y Palencia (2002). El establecimiento de la misma estuvo enmarcada dentro del tipo de muestra no probabilística o dirigida de voluntarios, en la cual, según Hurtado I y Toro J (2001) no todos los miembros de la población tienen la misma oportunidad de ser seleccionados como integrantes de la misma; la selección por voluntarios suele hacerse en los estudios en los que hay que contar con el permiso o consentimiento de los participantes. A tal efecto, la muestra estuvo conformada por los pacientes con trastornos mental que dadas su condición puedan dar su consentimiento para la realización del estudio y de la evaluación bucal;

así mismo se tomó como criterio de inclusión la presencia de unidades dentarias en boca, quedando conformada por un total de 30 pacientes: 15 del sexo femenino y 15 del sexo masculino.

3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Arias (2006) describe que las técnicas para la recolección de datos constituyen los procedimientos implementados por el investigador para alcanzar un objetivo específico, es decir, el método del cual se vale el investigador para recoger los datos relevantes para su estudio. En el presente estudio se implementó la técnica de observación planificada o estructurada, que como argumenta Sierra (2004), “es aquella que se efectúa realizando un registro visual conforme a un plan de trabajo previamente establecido, con los aspectos a observar”.

Por otra parte, es importante destacar que un instrumento de recolección de datos es cualquier recurso, dispositivo o formato que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información; según Arias (2006). A los fines del presente estudio se utilizó una historia clínica *ad hoc* como instrumento, en la cual se asentará la reseña ordenada y detallada de los datos del paciente así como los datos referentes a las dimensiones de las variables en estudio.

3.4 VALIDEZ

Hernández, Fernández y Baptista (2010) señalan que la validez y confiabilidad son las pruebas que deben hacerse a un instrumento antes de su aplicación a la muestra, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que se

pretende estudiar. Para la presente investigación no es necesaria ninguna de estas pruebas ya que la historia clínica es un documento de carácter médico-legal y, la información contenida en ella se encuentra previamente validado y es de suma confiabilidad.

3.5 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se utilizará una estadística descriptiva, donde se obtendrán las frecuencias relativas y absolutas de los datos recolectados, visualizadas en gráficos y tablas.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez finalizado el proceso de recolección de la información mediante la evaluación clínica bucal de los pacientes con Trastornos Mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017, se procedió a realizar un análisis donde se ordenó la información siguiendo la secuencia de los objetivos de la investigación con la finalidad de llevar a cabo la interpretación de la misma, ya que a su vez esta es fundamental para las conclusiones de la investigación

Referente al análisis de los resultados, Arias (2006), expresa que en esta sección “se definirán las técnicas lógicas o estadísticas que serán empleadas para descifrar lo que revelan los datos que se han escogido” (p, 36). En este caso, los gráficos utilizados para la demostración de los resultados son mediante tablas y diagramas de columnas y barra, los cuales serán presentados de acuerdo a las dimensiones previstas y los objetivos planteados.

Cabe destacar que las variables a estudio para la evaluación del estado de Salud Bucal incluyen el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), el Índice de Caries Dental (CPOD), el Índice Gingival (IG) y lesiones bucales presentes en los pacientes; así mismo se tomó en consideración la edad y sexo de los mismos por ser características de interés epidemiológico para la investigación.

CUADRO 1.

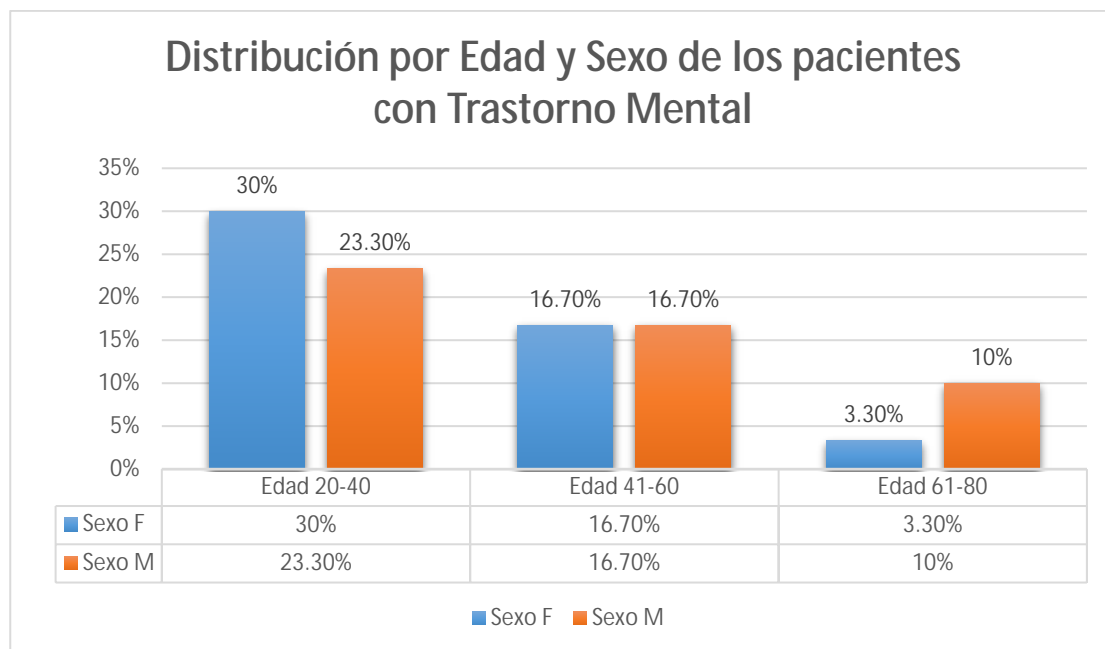
Distribución de frecuencia por edad y sexo de los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.

Trastornos Mentales	Edad												TOTAL
	20 - 40				41 – 60				61 - 80				
	F		M		F		M		F		M		
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
T.M Orgánico	0	0%	1	3.3%	0	0%	0	%	0	0%	0	0%	1
T.M por consumo de sustancias	0	0%	2	6.7%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2
T. Bipolar Afectivo	2	6.7%	1	3.3%	0	0%	1	3.3%	0	0%	0	0%	4
T. de Personalidad	0	0%	0	0%	0	0%	1	3.3%	0	0%	0	0%	1
Retardo Mental	3	10%	1	3.3%	4	13.3%	0	0%	0	0%	0	0%	8
Esquizofrenia	4	13.3%	2	6.7%	1	3.3%	2	6.7%	1	3.3%	2	6.7%	12
Demencia	0	0%	0	0%	0	0%	1	3.3%	0	0%	1	3.3%	2
TOTAL Trastornos por Edad y Sexo	9	30%	7	23.3%	5	16.7%	5	16.7%	1	3.3%	3	10%	30

Fuente: Orellana y Rivero. Abril 2017.

GRAFICO 1.

Distribución de frecuencia por edad y sexo de los pacientes con Trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.



Fuente: Orellana y Rivero. Abril 2017.

A través de este cuadro se evidencia que de un total de 30 pacientes con trastornos mentales evaluados, se encontró mayor prevalencia del sexo femenino en pacientes con esquizofrenia y retardo mental, siendo a su vez éstas clasificadas por edad dónde se observa mayor frecuencia en el caso del retardo mental de un 13.3% en el grupo etario de 41 – 60 años y un 10% en el grupo etario de 20 – 40 años; en el caso de la esquizofrenia igual un 13.3% pero en el grupo etario de 20 – 40 años. Estos datos concuerdan con los encontrados por Rajmil y cols (1998) en el estudio de prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya en el cual describen mayor prevalencia de trastornos mentales en el sexo femenino.

En el caso del trastorno mental orgánico (1 paciente) y el trastorno mental por consumo de sustancias (2 pacientes), estos se encuentran en el grupo etario de 20 – 40 años del sexo masculino; mientras que en el trastorno de personalidad (1 paciente) también del sexo masculino pero del grupo etario de 41 – 60 años.

Por su parte, los pacientes con trastorno bipolar afectivo se encontraron con mayor frecuencia en el grupo etario de 30 – 40 años con un 6.7% del sexo femenino y un 3.3% del sexo masculino.

La demencia se encontró en el sexo masculino con un 3.3% en el grupo de 41 – 60 años y un 3.3% en el grupo de 61 – 80 años.

Se puede concluir con éste gráfico como del 100% que conforman los 30 pacientes con trastornos mentales evaluados la mayor frecuencia con un 30% se encontró en el grupo de pacientes jóvenes de 20 – 40 años del sexo femenino, siguiendo con un 23.3% en el mismo grupo etario pero del sexo masculino con lo cual se evidencia un 53,3% de pacientes jóvenes de 20 a 40 años. Seguidamente se encuentra el grupo de 41 – 60 años con 16.7% para ambos sexos respectivamente y para finalizar el grupo de 61 – 80 años con un 10% del sexo masculino y un 3.3% del sexo femenino.

Al respecto, Posada y Cols (2004) en Colombia, en su estudio sobre prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental de Colombia que forma parte de la Encuesta mundial de salud mental (EMSM), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde la población estudiada fue la población no institucionalizada, que tiene un hogar fijo, de 18 a 65 años de edad y que vive en áreas urbanas; de éstos se obtuvo que alrededor del 56% de la muestra fueron mujeres, el 37% tenían entre 18 y 29 años lo cual concuerda con los resultados del presente estudio.

CUADRO 2.

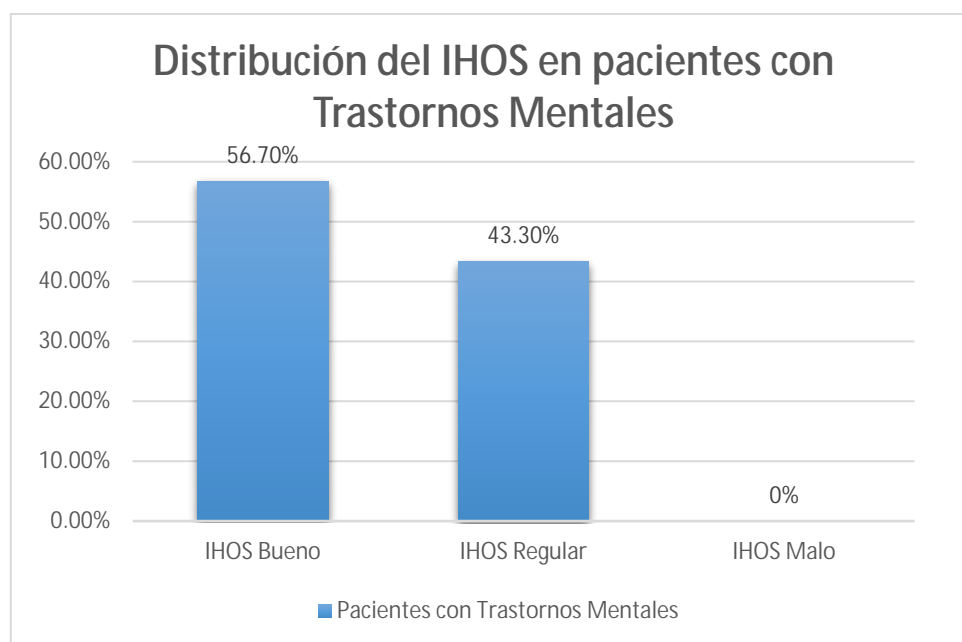
Distribución de frecuencia del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) de los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.

Trastornos Mentales	IHOS						TOTAL
	Bueno 0.1 - 1.1		Regular 1.2 - 3.0		Malo 3.1 – 6.0		
	n	%	n	%	n	%	
T.M Orgánico	1	3.3%	0	0%	0	0%	1
T.M por consumo de sustancias	2	6.7%	0	0%	0	0%	2
T. Bipolar Afectivo	2	6.7%	2	6.7%	0	0%	4
T. de Personalidad	1	3.3%	0	0%	0	0%	1
Retardo Mental	3	10%	5	16.7%	0	0%	8
Esquizofrenia	7	23.3%	5	16.7%	0	0%	12
Demencia	1	3.3%	1	3.3%	0	0%	2
TOTAL Trastornos por IHOS	17	56,7%	13	43,3%	0	0%	30

Fuente: Orellana y Rivero. Abril 2017.

GRAFICO 2.

Distribución de frecuencia del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) de los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.



Fuente: Orellana y Rivero. Abril 2017.

Los resultados con respecto al Índice de Higiene Oral Simplificado evidencian que un 56,7% de la población estudio presenta un Buen IHOS lo que representa poca presencia de materia alba y cálculo; los pacientes con esquizofrenia representan un 23.3%, los pacientes con retardo mental un 10%, los trastornos por consumo de sustancias y trastorno bipolar afectivo 6.7% cada uno y trastornos orgánicos y demencia 3.3% cada uno.

Por otra parte, los pacientes con un IHOS Regular representan el 43.3% restante del total de 100% de la población estudio, de estos la distribución de frecuencia fue de 16.7% en pacientes con retardo mental, 16.7% esquizofrenia, 6.7% trastorno bipolar afectivo y 3.3% demencia.

No se evidencia Índice de Higiene Oral Malo en esta población.

Estos resultados coinciden con los encontrados por Roa A y Rodríguez E (2013) en su trabajo titulado Condición De Salud Bucal En Pacientes Con Retraso Mental. Ellos tras recolectar los datos con respecto al IHOS, obtuvieron como resultados que éste fue de 0,95 lo que es indicativo de una buena higiene bucal.

CUADRO 3.

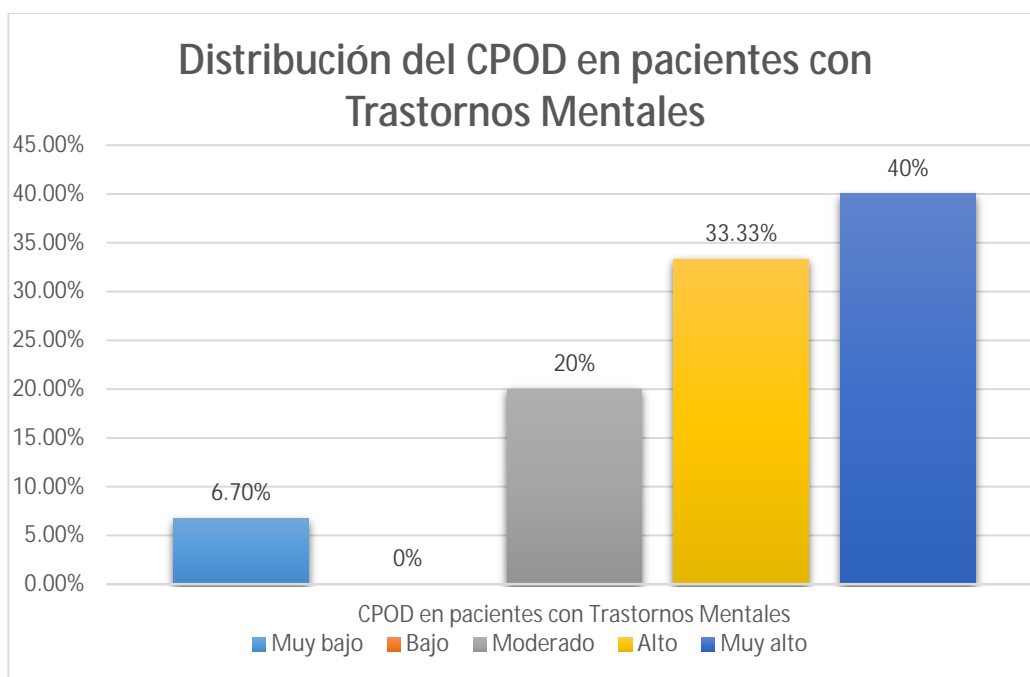
Distribución de frecuencia del Índice de Caries Dental (CPOD) de los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.

Trastornos Mentales	CPOD										TOTAL
	Muy bajo 0 – 1.1		Bajo 1.2 – 2.6		Moderado 2.7 – 4.4		Alto 4.5 - 6		Muy alto + 6		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
T.M Orgánico	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3.3%	1
T.M por consumo de sustancias	0	0%	0	0%	1	3.3%	0	0%	1	3.3%	2
T. Bipolar Afectivo	0	0%	0	0%	0	0%	3	10%	1	3.3%	4
T. de Personalidad	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3.3%	1
Retardo Mental	1	3.3%	0	0%	1	3.3%	2	6.7%	4	13.3%	8
Esquizofrenia	0	0%	0	0%	4	13.3%	4	13.3%	4	13.3%	12
Demencia	1	3.3%	0	0%	0	0%	1	3.3%	0	0%	2
TOTAL Trastornos por CPOD	2	6.7%	0	0%	6	20%	10	33.3%	12	40%	30

Fuente: Orellana y Rivero. Abril 2017.

GRAFICO 3.

Distribución de frecuencia del Índice de Caries Dental (CPOD) de los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.



Fuente: Orellana y Rivero. Abril 2017.

Al evaluar el Índice de Caries dental en estos pacientes se pudo evidenciar un muy alto índice del mismo, es decir un CPOD de +6 en un 40% de esta población, de los cuales la mayor frecuencia se encontró en los pacientes con esquizofrenia y retardo mental con 13.3% cada uno. Por su parte el CPOD alto prevalece de segundo con 33.33% en donde de igual forma la esquizofrenia presenta un 13.3% seguido por el trastorno bipolar afectivo con un 10% y el retardo mental 6.7%.

El CPOD Moderado se encontró de tercero en esta distribución de frecuencia con un 20%, en dónde nuevamente predomina la esquizofrenia con 13.3% seguida por los trastornos pos consumo de sustancias y el retardo mental con 3.3% cada uno.

No se encontró CPOD bajo; sin embargo, se obtuvo un 6.7% del CPOD Muy bajo en 3.3% de los pacientes con demencia y 3.3% en pacientes con retardo mental.

Sobre el tema, Dávila M, Gil M; et al (2006) en su estudio de caries dental en pacientes con Retraso Mental y Síndrome de Down encontraron que un 53 % presentaba caries dental, de ellos 51,7 % en los molares.

De igual forma, Hernández F y Vivanco B. (2004) en su investigación sobre afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos encontraron que dentro de las afecciones bucales más frecuentes en estos pacientes en relación a los tejidos duros, como era de esperarse, los órganos dentales son los que presentan la mayor incidencia, manifestándose por un alto porcentaje en caries para los dos padecimientos psiquiátricos (49.3 para trastornos orgánicos y 48.1% para esquizofrénicos).

Por su parte, Roa A y Rodríguez E (2013) obtuvieron que según la clasificación de los niveles de severidad de prevalencia de la caries dental de la OMS (1998) su grupo de estudio se encontró en el nivel de Moderado, lo cual difiere de estos resultados dónde la prevalencia estuvo en los niveles Muy alto y Alto.

CUADRO 4.

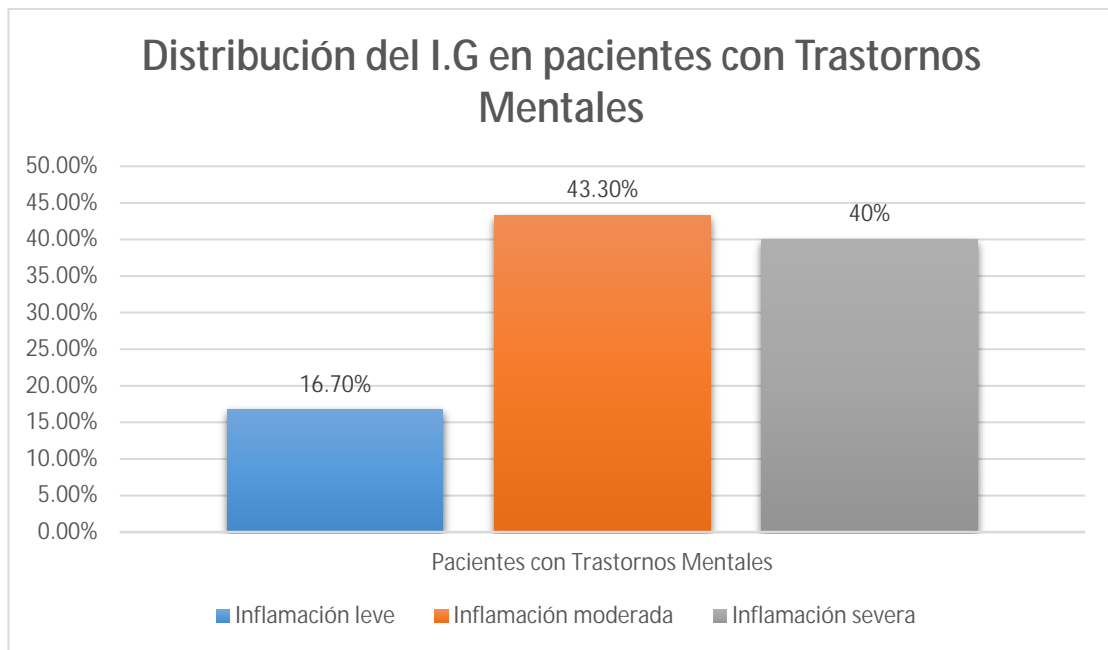
Distribución de frecuencia del Índice Gingival (IG) de los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.

Trastornos Mentales	IG						TOTAL
	1. Inflamación leve		2. Inflamación moderada		3. Inflamación severa		
	n	%	n	%	n	%	
T.M Orgánico	1	3.3%	0	0%	0	0%	1
T.M por consumo de sustancias	1	3.3%	1	3.3%	0	0%	2
T. Bipolar Afectivo	0	0%	4	13.3 %	0	0%	4
T. de Personalidad	0	0%	1	3.3%	0	0%	1
Retardo Mental	1	3.3%	3	10%	4	13.3 %	8
Esquizofrenia	2	6.7%	4	13.3 %	6	20%	12
Demencia	0	0%	0	0%	2	6.7%	2
TOTAL Trastornos por IHOS	5	16.7 %	13	43.3 %	12	40%	30

Fuente: Orellana y Rivero. Abril 2017.

GRAFICO 4.

Distribución de frecuencia del Índice Gingival (IG) de los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.



Fuente: Orellana y Rivero. Abril 2017.

El Índice Gingival o IG permite clasificar el grado de inflamación gingival de estos pacientes obteniéndose un 43.3% de prevalencia de Inflamación Gingival moderada seguida por un 40% de Inflamación Gingival Severa y un 16.7% con Inflamación Gingival Leve.

De estas cifras con respecto a la inflamación gingival severa un 20% pertenece al grupo con esquizofrenia, 13.3% al grupo con retardo mental y 6.7% al grupo con demencia.

En relación a la inflamación gingival moderada se encontró en los grupos con trastorno bipolar afectivo y esquizofrenia un 13.3%.respectivamente en cada uno, un 10% en el retardo mental, y en el grupo de trastornos de personalidad y trastornos por consumos de sustancias un 3.3% cada uno.

Por su parte, la inflamación leve se encontró un 6.7% en la esquizofrenia, y en el trastorno orgánico, trastorno por consumo de sustancias y retardo mental 3.3% cada uno.

De esta forma se evidencia que todos los pacientes evaluados presentaron inflamación gingival según los criterios preestablecidos.

Hernández F y Vivanco B. (2004) en su investigación sobre afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos, encontraron que de las alteraciones bucales manifestadas en tejidos blandos, los pacientes con esquizofrenia presentaron el mayor porcentaje (55.5%), con un 16.6% de gingivitis.

Podría plantearse que las condiciones sistémicas y los medicamentos son factores importantes para el desarrollo de estas alteraciones, sobre todo en la presente investigación dónde el índice de higiene oral que se obtuvo en esta población fue en su mayoría (56.7%) bueno.

Además, en vista de la prevalencia de inflamación gingival severa en estos pacientes, Hernández F y Vivanco B. (2004) establecen que de igual forma y en base a la patología gingival encontrada se puede inferir la presencia de patología periodontal; al igual que en esta investigación donde prevaleció la inflamación gingival moderada.

CUADRO 5.

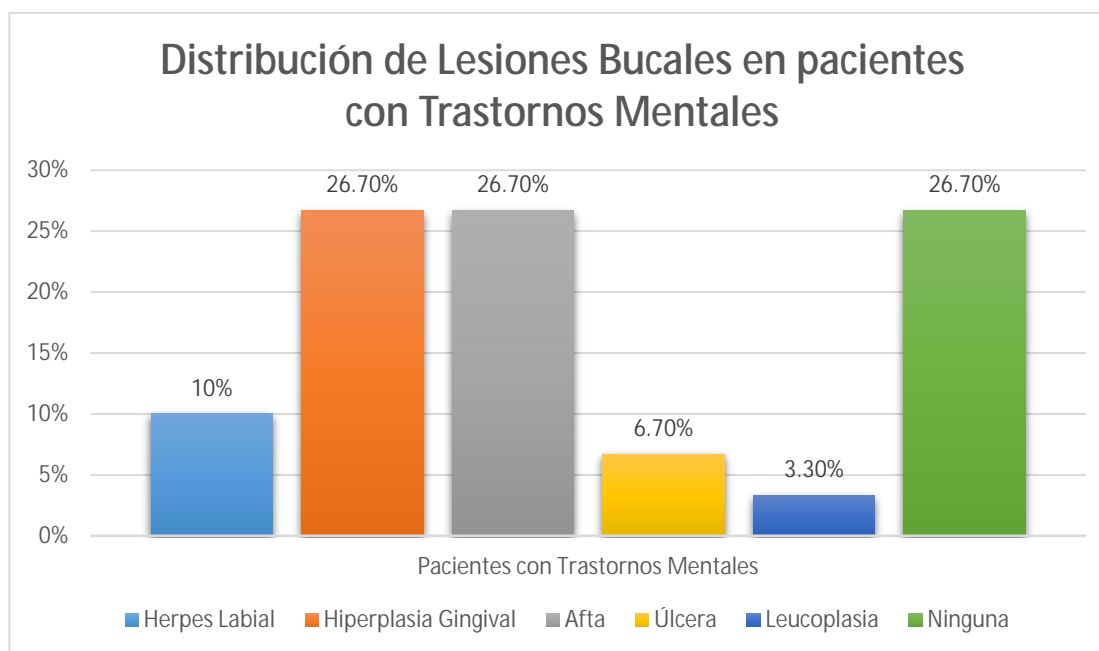
Distribución de frecuencia de las Lesiones Bucales presentes en los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.

Trastornos Mentales	LESIONES BUCALES												TOTAL
	Herpes Labial		Hiperplasia Gingival		Afta		Úlcera		Leucoplasia		Ninguna		
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
T.M Orgánico	0	0%	1	3.3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1
T.M por consumo de sustancias	1	3.3%	0	0%	0	0%	1	3.3%	0	0%	0	0%	2
T. Bipolar Afectivo	0	0%	2	6.7%	1	3.3%	0	0%	0	0%	1	3.3%	4
T. de Personalidad	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3.3%	1
Retardo Mental	1	3.3%	3	10%	3	10%	0	0%	0	0%	1	3.3%	8
Esquizofrenia	1	3.3%	2	6.7%	3	10%	0	0%	1	3.3%	5	16.7%	12
Demencia	0	0%	0	0%	1	3.3%	1	3.3%	0	0%	0	0%	2
TOTAL Trastornos por IG	3	10%	8	26.7%	8	26.7%	2	6.7%	1	3.3%	8	26.7%	30

Fuente: Orellana y Rivero. Abril 2017.

GRAFICO 5.

Distribución de frecuencia de las Lesiones Bucales presentes en los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017.



Fuente: Orellana y Rivero. Abril 2017.

A través de estos resultados se evidencia que de un 100% de la muestra de estudio un 26, 7% no presentó ningún tipo de lesión bucal, mientras que del 73.3% restante se encontró con mayor prevalencia la Hiperplasia Gingival y las Aftas con un 26.7% cada una, seguida por el Herpes Labial con 10%, Úlceras 6.7% y Leucoplasia 3.3%.

Es importante mencionar que del 26.7% de los pacientes con hiperplasia gingival y 26.7% de los pacientes con aftas se evidencia en estas mayores frecuencias en los grupos con retardo mental y esquizofrenia.

Es así como, estos resultados son similares en lo que respecta a la determinación de la prevalencia de patologías a nivel de los tejidos blandos según su localización en diferentes zonas de la cavidad bucal en el estudio de Roa A y Rodríguez E (2013), donde las encías fueron las de mayor porcentaje de afección, presentando un 48,8%. Sin embargo, estos resultados fueron contradictorios en relación a el estudio de Hernández F y Vivanco B. (2004), en donde a pesar de encontrar hiperplasia gingival, las patologías que se observaron con mayor prevalencia fue la xerostomía, pigmentaciones, úlceras y queilitis o mordisqueo de labios y carrillos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- En base a los resultados obtenidos se concluye que en la muestra de estudio el índice de higiene oral es bueno; sin embargo, existe alta prevalencia en relación al índice de caries dental e inflamación gingival en estos pacientes, así como hiperplasia gingival y aftas.

- Se puede inferir que el alto índice de caries dental e inflamación gingival severa no se relaciona con una mala higiene bucal, sino por factores sistémicos o por la administración de fármacos que pueden alterar las condiciones bioquímicas de la cavidad bucal y causar estas patologías.

- Por otra parte, es importante destacar que en la atención directa del paciente, el odontólogo está obligado a elaborar o revisar la historia clínica para detectar alteraciones orgánicas o sistémicas que pudieran influir en cambios fisiológicos o en el medio ambiente bucal, modificando la química de la saliva y por ende generando un hábitat propicio para la acumulación y crecimiento de la flora microbiana que se encuentra en la boca. Esta flora microbiana es posteriormente la causante de enfermedades bucodentales que llevan al paciente a solicitar el servicio dental, por provocarles lesiones cariogénicas que generalmente no causan dolor hasta la etapa avanzada del proceso patológico.

- Es conveniente incrementar el interés por una mejor capacitación en el ámbito de medicina interna en el odontólogo ya que es él quien atiende constantemente en la práctica pública y privada a pacientes que tienen miedo, estrés, apatía, depresión o enfermedades sistémicas en las que se están administrando medicamentos como la carbamacepina, alprazolán, diazepam, levetiracetam, entre otros antiepilépticos, ansiolítico o antidepresivo, y de igual manera se pueden detectar a pacientes con trastornos mentales al momento de elaborar una historia clínica completa utilizando la

observación directa y sobre todo el interrogatorio, así como el empleo de elementos auxiliares de diagnóstico o la misma interconsulta con especialistas.

- La consulta bibliográfica que se realizó nos permite definir que las causas principales de los problemas bucodentales en los pacientes con enfermedad mental se deben en gran medida a las enfermedades sistémicas y las consecuencias psíquicas que estas manifiestan en los pacientes y que determinan el estado fisicoquímico de afecciones locales en cavidad bucal.

- Es indispensable prevenir dichas enfermedades bucales en los pacientes psiquiátricos, proporcionarles bases preventivas (higiene oral, técnicas de cepillado específicas). Se sugiere para esto trabajar conjuntamente con los especialistas en psiquiatría y especialidades médicas como medicina interna, cardiología, nutrición, endocrinología y otros para brindar un tratamiento integral a los pacientes.

- Es necesario resaltar nuevamente que para lograr el diagnóstico oportuno de enfermedades bucales es indispensable que el personal de la salud realice una exploración eficiente del sistema estomatognático y una historia clínica completa, además de conocer las características clínicas bucales y sistémicas que presentan los enfermos mentales, de otra manera es difícil detectar oportunamente las patologías bucales existentes y por lo consecuente proporcionar atención preventiva y establecer un pronóstico favorable de salud bucal en los pacientes.

- Se sugiere a los diversos entes públicos y privados encargados de la salud pública, tomar los resultados de esta investigación como un diagnóstico de base para diseñar o redimensionar los programas de salud bucal a fin de ejercer en la región un mejor nivel de prevención primaria, lo cual permitirá controlar el riesgo de caries y recidivas en la población con trastornos mentales y disminuir posibles hábitos que contribuyen a la aparición de lesiones en tejidos blandos.

- Se recomienda realizar otras investigaciones en nuestro país sobre las alteraciones bucales o la salud bucal de estos pacientes con trastornos mentales ya que la data encontrada es escasa y no de fecha reciente lo cual dificulta la revisión

bibliográfica del mismo y así se incrementarían los datos epidemiológicos de esta población en estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación de Odontólogos Institucionalizados del Sur de los Estados Unidos. (2002). Problemas clínicos en la prestación de atención dental para los clientes con discapacidad intelectual.

Arias, F. 2006. *El Proyecto de Investigación*. Introducción a la Metodología Científica. 5ª ed. Caracas. Editorial Espíteme.

Centro Nacional de Información para Niños y jóvenes con discapacidad. (2011). *Retraso Mental*. Estados Unidos.

Dávila M, Gil M, Daza D; et al. (2006). Caries Dental en Personas con Retraso Mental y Síndrome de Down. *Rev. salud pública*. 8 (3):207-213.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. (1994) American Psychiatric Association

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. (2013) American Psychiatric Association

Di Nasso P (2011). La odontología y la salud bucal del paciente con trastornos de la inteligencia. *Revista electrónica de portalesmédicos.com*. ISSN 1886-8924.

Escribano-Bermejo M, Bascones-Martínez A. (2009) Leucoplasia oral: Conceptos actuales. *Av. Odontoestomatol* 2009; 25 (2): 83-97.

Estrada G, Primitivo O, Gonzalez E, et al. (2010) Diagnóstico clínico e histopatológico de la eritroplasia bucal. *MEDISAN* 2010; 14(4):433

Gimenez S. (2004). Herpes Clínica y Tratamiento. *Farmacia Profesional*. Vol 18, N°8.

Gonzalez S, García F, Cebrián J. (2003) Lesiones de la Mucosa Oral. *Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. Capítulo 4.

Gutierrez M. (2016). *Trastornos Mentales y de Comportamiento*. Manual de Codificación. Diagnósticos. Clasificación Internacional de *Enfermedades* CIE-10-ES. Capítulo 5.

Hernández R, Fernández C, Baptista P. 2010 Metodología de la Investigación. 5ª ed. México. Editorial Mc. Graw Hill.

Hernández F y Vivanco B. (2002). Afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos. *Revista ADM*. Vol. LXI, No. 6. pp 225-229

Hurtado I y Toro J. (2001). *Paradigmas y Métodos de Investigación en tiempos de cambio*. Cuarta edición. Editorial Episteme Consultores Asociados. C. A.

Mena SA, Rivera (1992). L. *Epidemiología bucal*. Conceptos básicos Venezuela: Editorial Ofedo/udual; 27-31.

Morales Chávez, Mariana C. (2008). Patologías Bucodentales y Alteraciones Asociadas Prevalentes en una Población de Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil. *Acta Odontológica Venezolana*, 46(1), 52-55.

Muñoz Fernández, Liset, Arias Herrera, Sury, Romero González, Carmen, & Hidalgo García, Carmen Rosa. (2005). Diagnóstico de salud bucal en niños con retraso mental ligero. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 9(4), 22-31. Recuperado en 07 de noviembre de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552005000400003&lng=es&tlng=es.

Organización Mundial de la Salud (2016). Trastornos Mentales. Nota descriptiva N°396.

Organización Mundial de la Salud (2016). Salud Mental. Nota descriptiva.

Organización Mundial de la Salud (2012). Salud Bucodental. Nota descriptiva.

Organización Mundial de la Salud (2006). Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación.

Organización Panamericana de la Salud. (2006). OPS –OMS. Protegiendo la Salud de las Américas. Washington, USA.

Orozco, C., Labrador, M., Palencia, A. (2002). *Metodología*. Valencia. Editorial OFIMAX.

Plaza A. S. (2007). *Odontología en Pacientes Especiales*. Valencia, España.

Posada y cols (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIII / No.3

Rajmil y cols (1998). Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gaceta Sanitaria*. Volume 12, Issue 4.

Rioboo Crespo M, Bascones Martínez A. (2011) Aftas de la mucosa oral. *Av. Odontoestomatol*; 27 (2): 63-74.

Roa A y Rodríguez E. (2013). *Condición de salud bucal en pacientes con retraso mental*. Universidad de Carabobo. Tesis.

Rodríguez Ortega, Judy, Miranda Tarragó, Josefa, Morejón Lugones, Haydée, & Santana Garay, Julio C. (2002). Candidiasis de la mucosa bucal: Revisión bibliográfica. *Revista Cubana de Estomatología*, 39(2), 187-233.

Romero Y, Vasquez N y Couto M. (2009). Propuesta para la Calibración en el Diagnóstico de la Salud Bucal. Unidad de Investigación en Calidad de Vida y Salud. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo. Corporación Graph, C. A.

San Martín H, Martín SC, Carrasco JL. (1990). *Epidemiología, Teoría, investigación y práctica*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 411-28.

Sierra, C. (2004). *Estrategias para la elaboración de un proyecto de investigación*. Maracay. Insertos Médicos de Venezuela. C.A.

ANEXOS



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA.
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESTADO DE SALUD BUCAL EN LOS PACIENTES CON
TRASTORNOS MENTALES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. JOSÉ
ORTEGA DURAN DURANTE EL PERIODO FEBRERO – ABRIL 2017.

Orellana Albany. Rivero S. Francisco.

HISTORIA CLÍNICA

Edad: _____ **Sexo:** _____

1.- Índice de Higiene Oral Simplificado

16	11	26	16	11	26
46	31	36	46	31	46

IMA: _____ **IC:** _____ **IHOS:** _____

2.- Índice de Caries Dental

C:__ **P:**__ **O:**__ **CPOD:**_____

3.- Índice Gingival de Løe y Silness

Pomedio por cada diente:
 Sumatoria de superficies de cada diente /
 N° de superficies

IG por Persona: Sumatoria de cada dientes / N° de dientes evaluados :
 IG = _____

16. Total: Palatino: Vestibular: Mesial: Distal:	21. Total: Palatino: Vestibular: Mesial: Distal:	24. Total: Palatino: Vestibular: Mesial: Distal:
44. Total: Palatino: Vestibular: Mesial: Distal:	41. Total: Palatino: Vestibular: Mesial: Distal:	36. Total: Palatino: Vestibular: Mesial: Distal:

4.- Examen Clínico bucal

Indicar la presencia de las siguientes Lesiones Bucales:

Afta	
Herpes Labial	
Leucoplasia	
Eritroplasia	
Candidiasis	
Otras:	

Observaciones: -----

5.- Enfermedad Actual

Identificar el Tipo de Trastorno Mental: OMS (2016):

Depresión	
Trastorno afectivo bipolar	
Esquizofrenia	
Demencia	
Trastornos del desarrollo incluido autismo	
Otro.:	

Observaciones:



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA.

Título de la Investigación: ESTADO DE SALUD BUCAL EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. JOSÉ ORTEGA DURAN DURANTE EL PERIODO FEBRERO – ABRIL 2017.

Investigadores: Orellana Albany y Rivero S. Francisco.

Esta investigación tiene como objetivo: Evaluar el estado de salud bucal en los pacientes con trastornos mentales que acuden al Hospital Dr. José Ortega Duran durante el periodo Febrero – Abril 2017. Por tal motivo se realizará una evaluación clínica bucal para determinar el Índice de higiene Oral, el Índice de Caries dental, el Índice gingival, identificar lesiones bucales presentes y se tomarán datos referentes a la enfermedad actual del paciente, es decir el tipo de trastorno mental que presenta el mismo. Estos resultados se usarán para la realización del trabajo de investigación para optar al Título Odontólogos.

La evaluación para la investigación es voluntaria, usted decide si participar en el estudio o no, sin necesidad de dar ninguna explicación, ni perder los beneficios es decir sin que se vean afectados los servicios que usted, o cualquier miembro de su familia, pueda necesitar de alguno de los investigadores o de algún prestador de servicios médico u odontológico ya sea público o privado. Su único beneficio es el que corresponde al avance de la ciencia en beneficio de la sociedad y saber que ha colaborado en este proceso. Su participación no supone ningún gasto extra para usted; así como, tampoco remuneración alguna.

Se le garantiza que este proyecto de investigación está aprobado por la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, cumpliendo con las exigencias éticas y legales requeridas. Así mismo, los investigadores aseguran que en ningún caso saldrá dato alguno que le identifique personalmente.

Usted tiene derecho a conocer los resultados que se obtengan a partir de esta evaluación, siempre que así usted lo desee. Es posible que en el futuro los resultados de su evaluación sean utilizados para otras investigaciones cuyos objetivos y propósitos no aparecen especificados en el formato que usted firmara. Si esto llegara a suceder toda su información será tratada de manera codificada para garantizar que no se revele su nombre. Igualmente los resultados de futuros estudios podrán ser comunicados en reuniones científicas, congresos médicos o publicaciones científicas. Siempre se mantendrá una estricta confidencialidad sobre su identidad

Observaciones: _____

—

CONSENTIMIENTO DE EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD BUCAL
PARA LA INVESTIGACIÓN

He sido invitado (a) a participar en el estudio: **ESTADO DE SALUD BUCAL EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. JOSÉ ORTEGA DURAN DURANTE EL PERIODO FEBRERO – ABRIL 2017.**

Entiendo que mi participación consiste en la realización de una evaluación clínica bucal. He leído la información del documento de consentimiento. He tenido tiempo para hacer preguntas y se me ha contestado claramente. No tengo ninguna duda sobre mi participación.

Acepto voluntariamente participar ya que tengo derecho a terminar mi participación en cualquier momento. También estoy de acuerdo en autorizar que la información sobre mis datos, resultados y muestra almacenada y/o conservada sea utilizada en otras investigaciones en el futuro.

Nombre del paciente o Representante Legal: _____

Firma: _____

Nombre del Investigador:

_____ Firma: _____

Nombre del Testigo:

_____ Firma: _____

Fecha: _____