



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PSICOPATOLOGÍA INFANTIL: ACTITUD DEL CIRUJANO
DENTISTA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

KARLA VÁZQUEZ FIGUEROA

TUTOR: MTRO. HÉCTOR ORTEGA HERRERA

MÉXICO, D. F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Dios, por la oportunidad de esta vida y por estar conmigo en cada momento de ella.

A mis padres, en especial a mi madre, por todo el amor que siempre me ha brindado, por todo su apoyo, esfuerzo y dedicación hacia sus hijos.

A mis hermanos, por su apoyo incondicional, su cariño y la oportunidad de aprender de ellos.

A mi tutor, Mtro. Héctor Ortega Herrera, por todas sus enseñanzas y su gran apoyo.

A mis queridos amigos, por brindar su amistad sincera y siempre estar ahí para escuchar, llorar y reír juntos.



ÍNDICE

Introducción

1. Bases conceptuales de la psicopatología infantil	2
1.1 Definición	2
1.2 Concepto de salud mental y conducta normal infantil	3
1.3 Desarrollo y organización de la personalidad	6
1.4 Evaluación del estado mental del niño	12
1.5 La conducta anormal en la historia	13
1.6 Indicadores de la conducta anormal, factores de riesgo y señales de alarma asociados a la psicopatología infantil	16
2. Trastornos psicopatológicos y actitudes recomendadas	22
2.1 Trastornos de ansiedad	22
A) Fobias específicas	22
B) Fobia social	23
C) Agorafobia	23
D) Trastorno de pánico	24
E) Trastorno de ansiedad generalizada	25
F) Trastorno por estrés postraumático infantil	25
2.2 Trastornos del estado de ánimo	26
A) Depresión	26
B) Trastorno bipolar	30
2.3 Trastornos disocial y otros problemas conductuales	32
A) Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	34
2.4 Esquizofrenia y trastornos psicóticos	35
A) Esquizofrenia	35
B) Psicosis	36
C) Trastorno disociativo	37



2.5 Otros trastornos psicopatológicos	38
A) Trastornos alimentarios de la infancia	38
B) Trastornos del sueño en la infancia	39
3. Importancia y trascendencia de la detección precoz de trastornos mentales	41
Conclusiones	45
Bibliografía	46
Anexo	49



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo incluye una definición de la Psicopatología junto con los conceptos de salud mental y normalidad empleados por la OMS. Se incluyó una somera revisión histórica de la Psicopatología. También se señalan los factores de riesgo para el desarrollo de estos padecimientos.

En la segunda parte se revisan los diferentes trastornos considerados como psicopatológicos y las diferentes acciones recomendadas para su manejo en la vida diaria.

En la última parte se habla de la importancia de la detección precoz y las conductas recomendadas para el odontólogo durante la atención de ese tipo de pacientes

Termina con las conclusiones tales como, estar conscientes de la responsabilidad que tenemos como profesionales de la salud, en la detección precoz de las psicopatologías infantiles mediante la simple observación de señales de alerta y que esto tiene gran significado en función a que permitirá mejorar el pronóstico final del paciente.



1. BASES CONCEPTUALES DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

1.1 DEFINICIÓN

La psicopatología por sus raíces etimológicas; *psyjé*: alma o razón, *páthos*: emoción y en la actualidad enfermedad, *logía*: o *lógos*: estudio o tratado, la podemos definir como el estudio de las dolencias del alma.¹

La psicopatología puede definirse también como una rama de la psiquiatría, que asume la misión de elaborar la observación psiquiátrica, partiendo de la unidad que es el ser humano, va descomponiéndolo en funciones psíquicas aisladas (percepción, memoria, conciencia, etc.) con el fin de analizar adecuadamente las leyes que rigen cada una de ellas, y con esto, denotar conductas o experiencias indicadoras de enfermedad o trastorno mental, incluso cuando no constituyan un diagnóstico formal, desentendiéndose de la terapéutica, que es el eje y meta final de la psiquiatría.

En sentido general, el término, psicopatología también puede usarse para denominar a cualquier conducta causante de malestar o impedimento, a partir del deterioro de funciones cerebrales cognitivas o neurocognitivas.

¹ Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Salvat México 1991. Pág.1



1.2 CONCEPTO DE SALUD MENTAL Y CONDUCTA NORMAL INFANTIL

La salud mental está definida por la OMS como el estado del bienestar en el cual cada individuo explota su propio potencial, haciendo frente a las tensiones normales de la vida, y pueda trabajar productivamente, en contribución a sí mismo o a su comunidad.²

La salud mental es más que la ausencia de un trastorno mental. La salud mental es la capacidad de pensar y de aprender, y la capacidad de entender y de vivir con las emociones y reacciones de otros. Es un estado del equilibrio interior de una persona y entre la persona y su ambiente. Los factores físico, psicológico, social, cultural, espiritual están correlacionados y participan para producir este equilibrio. Los acoplamientos inseparables entre las saludes mental y física se han demostrado. La OMS ha reconocido a la salud mental como una prioridad global. Ha fijado metas básicas, para promoverla, y para dar atención apropiada a los aspectos psicosociales, y con ello propiciar la mejoría en la calidad de vida.

Hablar de normalidad es complicado debido a que no hay un límite específico entre lo normal y lo anormal; sin embargo, la palabra, puede tomar una connotación desde diferentes criterios. La normalidad desde un criterio médico, en el que se puede diferenciar claramente entre enfermedad y salud, se considera concretamente como la ausencia de síntomas; en tanto que en un criterio estadístico, lo normal es definido como lo que hace la mayoría. Cuanto más se parece un individuo al promedio, tanto más normal se le considera.³

² http://www.who.int/mental_health/en/

³ Clarizio, Harvey F., George Mc Coy. Trastornos de la conducta en el niño. Manual Moderno. México DF 1981. Pág. 28



Los distintos momentos o etapas del desarrollo llegan a condicionar incluso los criterios de enfermedad y de normalidad. Una determinada manifestación, por ejemplo, orinarse en la cama, es considerada anormal en un niño de 7 o 12 años, pero no patológica en uno de 3 o 4. Un comportamiento repetitivo reiterado, no coherente con la situación en que se haya el sujeto, puede ser considerado un síntoma obsesivo-compulsivo a los 17 o los 25 años, sin embargo, puede constituir un simple juego a los 8 o los 10 años.

La conducta puede definirse como los cambios que podemos observar y contar.⁴ Estos cambios se toman de ciertos patrones que todos los niños siguen a través del proceso de crecimiento. La conducta normal se considera el resultado de la interacción de mecanismos y fuerzas psicológicas y sociológicas que actúan sobre el individuo durante su existencia.⁵

Observar la conducta de un niño es a menudo mucho más fácil que observar la de un adulto, debido a que las acciones del primero son en general más honestas. Las reacciones de un niño con frecuencia son el producto directo de sus sentimientos.

En Odontopediatría la conducta es considerada como un elemento *facilitador* de la relación operador paciente y se enfoca hacia los problemas de relación social y de aprendizaje de los niños y de los adolescentes y siempre se parte de comprender el desarrollo normal del niño.

⁴ Barber, Thomas K.; Larry S Luke. Odontología Pediátrica. Manual moderno, México 1985. Pág. 43

⁵ Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Salvat México 1991. Pág. 34



Cuando una conducta es clasificada en categorías por edad cronológica, es necesario recordar que es también “*normal*” encontrar algunos niños de 4 años que se comporten como los de 2 en el ambiente odontológico, y a la inversa encontrar algunos niños de 2 o 3 años adelantados en su desarrollo psicológico y que pueden comportarse en el sillón dental a mayor nivel de edad que la “*norma*”.⁶

Cualquier método para definir la “*normalidad*” debe incluir la valoración de la edad, sexo, la clase social, el nivel de tolerancia y el ambiente específico en el que produce la conducta de los niños.⁷

Algunos aspectos que nos pueden ayudar y guiar en nuestra observación, para considerar mentalmente sano a un niño en edad escolar, son:

Manejo de símbolos: un niño mentalmente sano puede adoptar y manejar los símbolos de nuestra sociedad, incluyen los del lenguaje, matemáticos, los de sonido como la música. Sin esas capacidades simbólicas el niño virtualmente no puede funcionar en la escuela ni posteriormente en la sociedad como adulto.

Tratos con las autoridades: debe poder conducirse de acuerdo a las reglas, aceptar los cambios rápidos y a veces arbitrarios de las reglas y los castigos al violarlas.

⁶ Mc Donald, Ralph E, Avery, David R, Odontología Pediátrica y del adolescente. Ed. Mosby-Doyma. Madrid España 1995. Pág. 27

⁷ Clarizio, Harvey F., George Mc Coy. Trastornos de la conducta en el niño. Manual Moderno. México DF 1981. Pág. 37



Vida con grupos contemporáneos: como parte de la capacidad para enfrentarse a las reglas. Es preciso que el niño aprenda a ser un individuo que funcione en su grupo de la misma edad.

Regulación de las emociones: pueden controlar manejar sus emociones esta capacidad debe incluir también la de poder relajarse, cuando esa libertad sea apropiada. Se puede decir que los individuos mentalmente sanos han alcanzado un equilibrio de integración entre sus capacidades emocionales y racionales.⁸

1.3 DESARROLLO Y ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD

El termino desarrollo es más complejo e implica un desplegamiento secuencial relacionado con la aparición de cambios tanto en el tamaño y la forma, como en la función, la estructura y las capacidades del individuo.

El desarrollo del niño se relaciona con el estudio de todas las áreas del desarrollo humano; desde el momento de la concepción hasta el comienzo de la vida adulta.

Valorar a un niño de forma individual implica algo más que reconocer el crecimiento físico, es también comprender el desarrollo psicológico e intelectual de cada uno.⁹

⁸ Clarizio, Harvey F., George Mc Coy. Op. Cit. Pág.33

⁹ Mc Donald, Ralph E, Avery, David R, Op. Cit. Pág.34



La comprensión de los aspectos más relevantes y característicos en el desarrollo físico y psicológico conlleva a conocer los perfiles de conducta típicos de diversos grupos de edades, Gesell y cols.¹⁰ lograron describirlos a base de observaciones, en las cuales los resultados se consideran como valores medios, y al observar casos aislados de desviación es evidente un trastorno de desarrollo. Por otra parte Jean Piaget (1896-1980) formuló la teoría sobre el desarrollo cognoscitivo.

A continuación presentaré dos de los estudios descriptivos de la personalidad que se usan más frecuentemente en Odontopediatría:

Perfil de maduración de los niños preescolares de Gesell

Dos años. El niño muestra una considerable dependencia a la madre y tiene dificultades para establecer relaciones interpersonales. Prefiere el juego en solitario. Es demasiado pequeño para relacionarse con su entorno únicamente con palabras, debe organizar sus experiencias mediante el tacto, la manipulación y el movimiento de las manos, sus habilidades motoras son aun toscas y un tanto incoordinadas. Necesita mucho tiempo para habituarse a situaciones nuevas, y no puede esperarse que responda a preguntas u órdenes directas; su interés cambia de una cosa a otra en pocos minutos. También presenta cambios rápidos de humor y se cansa fácilmente.

Tres años. Tiene una mayor estabilidad emocional y es más razonable, trata de agradar y adaptarse, coopera más y muestra curiosidad sobre el mundo de alrededor. A esta edad está bien desarrollado el deseo de imitación y hay mayor contacto verbal.

¹⁰ Maggnusson, Bengt O. Odontopediatría enfoque sistemático. Salvat Barcelona 1985
Pág.35



Cuatro años. Es muy activo tanto física como mentalmente, permanecer sentado durante un periodo largo de tiempo es para él un tormento físico. Necesita canalizar su actividad motora y satisfacer su capacidad inquisitiva. También es gran hablador, desea probar nuevas experiencias. Tiene una gran confianza en sí mismo. Responde bien a las instrucciones verbales directas.

Cinco años. Tiende a mostrar una mayor confianza en si mismo y da una impresión de mayor madurez. A esta edad comienza a estructurarse el pensamiento realista en secuencias lógicas. Es muy sensible a las alabanzas y a los reproches y es muy importante para él su aceptación por parte de las personas que le rodean.

Seis años. Entra en una fase de maduración rápida psicológicamente se caracteriza por una gran bipolaridad o alternancia entre el afecto y el rechazo. Su interés por el orden y la limpieza alcanza el nivel mínimo a esta edad. Suele caracterizarse por sentimientos de aprensión y una leve hipocondría. A partir de esta edad la sociedad empieza a imponer exigencias al niño además de la asistencia al colegio.

Las observaciones de Gesell sobre niños de más edad presentan mayores desviaciones y los factores de maduración se hacen menos distinguibles de las influencias ambientales.



Teoría del desarrollo

Para Piaget las funciones intelectuales constituyen el centro de la formación de la personalidad y sirven para coordinar el desarrollo de todas las esferas. Describe cuatro etapas del desarrollo de la capacidad cognoscitiva: etapa sensomotora y etapa del pensamiento preoperacional, a principios de la infancia; etapa de las operaciones concretas, burdamente la gramática de los años escolares; y por último, etapa de las operaciones formales, o sea los años de la adolescencia.¹¹

Etapla sensomotora (infancia) 0-2 años: durante este periodo las actividades motosensoriales del niño están aumentando, caracterizadas por su necesidad de actuar físicamente en el ambiente, aprende a caminar, correr, subir y bajar escaleras. El niño no está pensando en la forma de manejar las situaciones tensas, sino que simplemente reacciona usando sus ojos, sus manos, su voz y sus oídos.

Etapla del pensamiento preoperacional 2-7 años: durante este periodo el niño desarrolla la capacidad para codificar información en términos de acciones así como visual y simbólicamente. Las imágenes y los símbolos visuales representan objetos y eventos reales, concretos y permiten la fantasía del niño. Aun que ha desarrollado alguna comprensión del lenguaje y puede conversar, tiende a actuar de manera egocéntrica. Cuando un preescolar describe sus actividades diarias o una lesión traumática, puede comenzar el la mitad, si no es que al final y puede dejar fuera partes esenciales de información debido a que no considera las perspectivas del que escucha.

¹¹ Goldman, Howard H. Psiquiatría general. Manual moderno 4ta edición. México DF. 1996
Pág.29



Etapas de las operaciones concretas 7-13 años: Los procesos de razonamiento se vuelen lógicos y pueden aplicarse a problemas concretos o reales. En el aspecto social, el niño ahora se convierte en un ser verdaderamente social y en esta etapa aparecen los esquemas lógicos de seriación, ordenamiento mental de conjuntos y clasificación de los conceptos de casualidad, espacio, tiempo y velocidad.

Etapas de las operaciones formales (adolescentes) 13-17 años: con el inicio de este periodo, el niño está entrando a la adolescencia, la cual puede ser un periodo fácil de desarrollo o por el contrario, confuso. El individuo puede enfrentarse con lo abstracto así como también con la realidad. Puede ver el futuro y sus potenciales. Por ejemplo, los beneficios futuros del tratamiento dental están siendo ganados por soportar el dolor. El adolescente a menudo tiene necesidad de explicaciones reales detalladas, incluyendo razonamientos por los cuales el debe cooperar y comportarse, especialmente cuando a los adultos no se les exige que lo hagan.

El conocimiento de los aspectos relevantes del desarrollo psicológico normal cumple dos objetivos, efectuar un primer diagnostico de salud mental del niño, y prevenir trastornos del desarrollo a través de la información oportuna y educación pertinente.¹²

¹² Montenegro, Hernan; Humberto Guajardo. Psiquiatría del niño y del adolescente. Ed. Mediterraneo, 2da edición. Santiago de Chile. 2000 Pág.29



En virtud de la calidad, cantidad, apoyo y comprensión externa con que se atienden sus necesidades biológicas y afectivas el niño irá adquiriendo y consolidando las bases definitivas de los rasgos de su personalidad que los distinguirán en adelante.¹³ Los rasgos que caracterizan a cada personalidad, se verán matizados por la adecuación y adaptación de estas pautas a las diferentes exigencias del medio ambiente externo donde el niño se desenvuelve. Es de esta manera que se van conformando los diferentes modos o tipos de reacción ante diversas circunstancias que van caracterizando a cada personalidad en particular.

Hay que hacer notar que existe una influencia de los primeros ambientes de la vida del niño al estudiar el origen de la personalidad humana (adquirida) y que altera la personalidad que por influencia genética el individuo puede poseer (natural), como es el caso de pacientes con algún tipo de alteración síndrómica que tendría aparejada una personalidad característica.

¹³ Martínez Ross, Erick; Rafael Lonngi Rojas. Manual de psicología para Odontólogos. Editorial Ciencia y cultura, México. 1989 Pág.41



1.4 EVALUACION DEL ESTADO MENTAL DEL NIÑO

El siguiente listado de aspectos que se deben considerar puede ser de utilidad para organizar la información referente al estado mental del niño.

Aspecto y conductas generales: Apariencia, actitud, orientación, aseo y vestimenta.

Actividad y coordinación motoras: desarrollo neuromuscular, lateralidad, mano dominante, nivel de actividad, postura.

Funcionamiento cognitivo: alerta, capacidad de prestar atención, inteligencia, capacidad para comunicarse.

Emociones: estado de ánimo y afectos, grado de adecuación de la expresión de las emociones a la edad y contexto.

Lenguaje y habla: tono, velocidad, entonación, articulación, vocabulario, gramática y contenido.

Pensamiento: asociaciones, preocupaciones, sueños, fantasías, deseos, miedos, alucinaciones, delirios.

Obtener muestras breves: de lectura escritura, y conocimientos matemáticos. Pedir al niño que dibuje algo.

Anotar cualquier rasgo facial: inusual, marcas en la piel o movimiento extraño.

Estos aspectos son observables en todos los pacientes, la disfuncionalidad marcada e insistida de alguno de ellos o varios en combinación nos hablaran entonces de una posible alteración del estado mental del niño.



1.5 LA CONDUCTA ANORMAL EN LA HISTORIA

En la antigüedad el hombre primitivo consideraba que las enfermedades mentales tenían su origen en lo sobrenatural así llevó a cabo su primer enfoque terapéutico, se hacía la curación del mal por medio de exorcismos y se ha pensado que los cráneos trepanados encontrados en Perú eran para que a través de los agujeros los espíritus malignos tenían la posibilidad de escapar.

El exorcismo se convirtió entre los antiguos hebreos, los griegos, los chinos y los egipcios en una práctica más frecuente realizada por hechiceros y sacerdotes.

Hipócrates (460–377 a. de C.) fue el primero en señalar el origen natural de tales trastornos en torno a la interacción de los cuatro humores del cuerpo, sustentaba que una patología cerebral era producto del desajuste de los humores básicos. Platón (429-347 a. de C.) consideraba que los desordenes mentales son en parte orgánicos, éticos y divinos. Asclepiades (124- a. de C.) enfatiza el papel de las influencias ambientales, y es el primero en diferenciar las enfermedades mentales en agudas y crónicas.

Areteo (30-90 d. de C.) sugirió que las enfermedades mentales eran procesos normales exagerados subrayando el papel de los factores emocionales y de la personalidad prepsicótica. Galeno (130-200 d. de C.) sostiene que la salud psíquica depende de la armonía adecuada de las partes racional, irracional y sensual del alma.



Durante la Edad Media, en Arabia se funda el primer hospital mental, establecido en Bagdad en el año 792. En el siglo XIII Alberto Magno (1193-1280) y Tomás de Aquino (1225-1274) sustentaron que el alma no podía enfermar y que por lo tanto la locura era un trastorno esencialmente de base orgánica.

En los siglos XV y XVI durante las épocas de mayores calamidades y pestes, el tratamiento para los enfermos mentales se realiza por los clérigos en los monasterios donde poderes sagrados y los exorcismos son la base del conocimiento. Paracelso (1493-1541) en su libro *De las enfermedades que privan al hombre de la razón* rechazó la demonología.

Johann Weyer (1515-1588) se considera como el padre de la psiquiatría moderna y primer psiquiatra cuando en 1563 publica su obra *Depraestigiis Daemonum* en cual denuncia a la demonología oficializada que era considerada como la causante de los padecimientos mentales definiendo como enfermo al que era considerado poseído e insistió en la conveniencia de que su tratamiento estuviera orientado por principios médicos y humanos.

En 1567, en la ciudad de México, Bernardino Álvarez fundó el hospital de San Hipólito, primer centro mental del nuevo mundo, en el que se cuidaría a los convalecientes y a los “locos” sin importar su raza, procedencia ni clase social. Luego llegaron los “inocentes” y los afectados de “caduquez” términos con los cuales se confundían los epilépticos y los ancianos demenciados.

En el siglo XVIII Phillipe Pinel (1745-1826) publica obras importantes en la historia de la psiquiatría y elabora una clasificación de los trastornos psíquicos.



Freud, a fines del siglo XIX describe las fases evolutivas del desarrollo psicosexual en la niñez. Entre 1920 y 1930 Anna Freud y Melanie Klein inician en forma generalizada el tratamiento de los niños. Y en 1952 se funda la academia americana de psiquiatría del niño. Es por último, en esta década, en 1957 que Leo Kanner publica el primer texto americano de psiquiatría infantil.

Posteriormente la psiquiatría infantil se ha ido enriqueciendo de los aportes de Gestalt, la Teoría de Sistemas y terapia de Familia y en este último tiempo en forma muy poderosa de la psiquiatría biológica y la psicofarmacología.



1.6 INDICADORES DE LA CONDUCTA ANORMAL, FACTORES DE RIESGO Y SEÑALES DE ALARMA ASOCIADOS A LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Algunos indicadores que se pueden observar en niños con dificultades emocionales son:

Incapacidad inexplicada para aprender: es la dificultad de un niño de explicarse en forma adecuada, debido a una deficiencia intelectual o incapacidades específicas del aprendizaje.

Incapacidad para lograr relaciones sociales satisfactorias con niños o adultos: el niño puede tener dificultades para seguir las reglas y entenderse con las personas que tengan autoridad.

Incapacidad para comportarse a un nivel que corresponda a su situación de desarrollo: el niño funciona a un nivel menos maduro, en lo que se refiere a sus intereses y su conducta, en comparación con otros de su edad.

Incapacidad para mostrar confianza y seguridad en sí mismo o para superar los sentimientos de tristeza.

Incapacidad para enfrentarse a las situaciones tensas en la escuela sin desarrollar reacciones psicósomáticas, tales como dolores de cabeza o de vientre.



Muchos de esos problemas conductuales pueden disminuir con la edad, o con el inicio al ambiente escolar, o por el contrario verse aumentados por el mismo factor.

Para que se le pueda considerar como emocionalmente trastornado, debe tener esas características en forma marcada y durante un periodo prolongado, es preciso considerar la frecuencia, la intensidad y la duración de la conducta para determinar si existe o no un desajuste.¹⁴

Se llama factor de riesgo toda característica o circunstancia del entorno que aumenten las probabilidades de que el niño y el adolescente presenten trastornos psicopatológicos. Los factores de riesgo son de tipo físico, biológico, psicológico y social o cualquier combinación entre ellos.

Los factores de riesgo genéticos , determinan totalmente un cuadro como sucede en el síndrome de Down. Pueden actuar como simples predisponentes que van a precisar de la intervención de otros factores experimentales para su aparición, por ejemplo en la depresión. Es evidente que determinados procesos asociados a la edad o al sexo pueden estar dependiendo para su manifestación de factores genéticos.

El temperamento de cada niño debe ser tenido en cuenta, el temperamento es el conjunto de pautas reactivas (sobre todo emocionales) y autoreguladoras que se consideran innatas y que parecen mantener una notable estabilidad a lo largo del desarrollo individual. Por lo tanto se considera que un niño temperamentalmente difícil tiene muchas más probabilidades de experimentar trastornos en su vida posterior.

¹⁴ Clarizio, Harvey F., George Mc Coy. Trastornos de la conducta en el niño. Manual Moderno. México DF. 1981. Pág.34



Los estilos educativos de los padres son otro factor de riesgo, y se ha podido verificar, que el inicio de un trastorno depresivo puede estar asociado al rechazo o ausencia de afecto por parte de la madre.¹⁵ El ambiente familiar en general se plantea como un conglomerado de factores de riesgo, cabe resaltar la relación existente en trastornos de ansiedad en padres e hijos, en el que puede interpretarse que la influencia sobre éstos sea genética, educativa, conductual o todas a la vez.

Frecuentemente la historia de abuso físico durante la niñez que representa un problema serio a nivel internacional, está asociado a casos de pacientes con gran inestabilidad y dolor emocional, las víctimas tienen un alto riesgo a la depresión, comportamientos suicidas, trastornos de ansiedad, de la alimentación, y abusos de sustancias tóxicas, en ocasiones solo presentan síntomas psicósomáticos como dolores gastrointestinales recurrentes. La historia de abuso es encontrada frecuentemente en las consultas de atención primaria de las cuales surgirá la derivación a centros de atención especializada.

Los factores socioculturales constituyen el medio ambiente relevante en cuanto a mediar o modular e incluso provocar ciertos trastornos.

Cada uno de estos factores puede actuar aisladamente. Lo normal es que en distintas combinaciones e intensidades, interactúen varios de ellos para dar lugar a la línea etiológica de cada trastorno concreto. (Fig.1)

¹⁵ Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Salvat México 1991. Pág.737

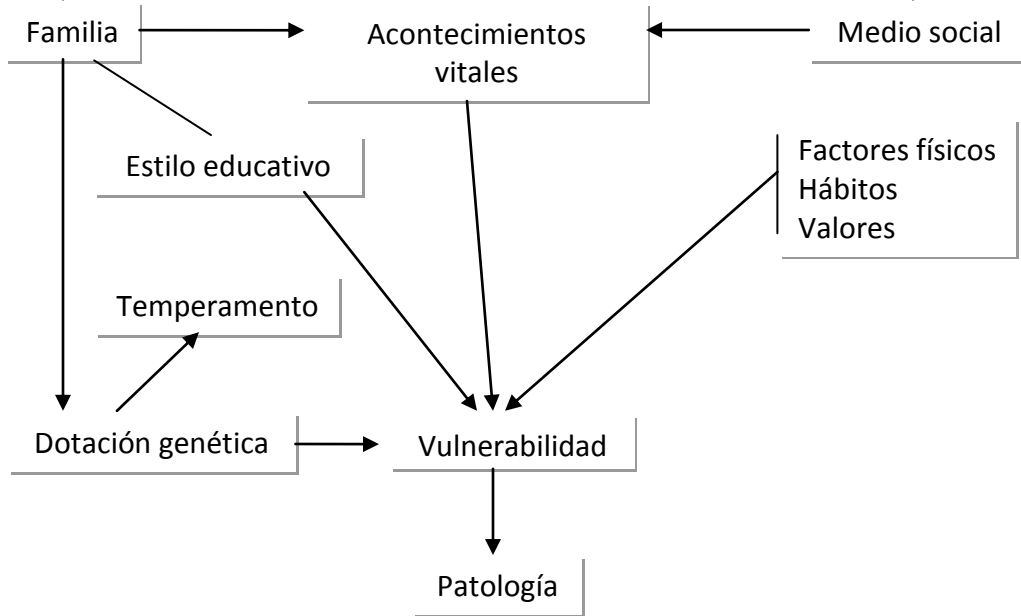


Fig. 1 Factores de riesgo en psicopatología.

Las señales de alarma son aquellos signos, síntomas o conjunto de manifestaciones que, si aparecen a determinada edad, ha de hacer pensar inmediatamente en la posibilidad de trastorno psicopatológico.

Señales de alarma psicopatológica en el recién nacido, el lactante y el niño en edad preescolar (0-4 años)

- Inapetencia persistente.
- Retraso en la alimentación con sólidos.
- Estreñimiento y diarreas crónicas.
- Insomnio con llanto (más de 4 semanas)
- Crisis de cólera.
- Conductas agresivas.
- Temores y evitación sistémica de situaciones.



- Intensa timidez y rechazo del contacto.
- Problemas importantes con los compañeros (agresividad excesiva o aislamiento)
- Falta de contacto, no ríe, no mira, no habla.
- No responde a estímulos sociales.
- Habla siguiendo patrones peculiares: ecolalia, verborrea.
- Movimientos estereotipados y repetitivos.
- Conductas distorsionadas: automutilación, auto o heteroagresiones.
- Retrasos significativos en el desarrollo del habla.
- Inhibición del juego.

Señales de alarma psicopatológica en niños en edad escolar (5-11 años)

- Alteraciones de la atención
- Movimiento excesivo
- Impulsividad
- Tristeza
- Apatía, pérdida del interés
- Irritabilidad
- Desconexión de la realidad
- Aislamiento con los compañeros y los padres
- Agresividad
- Alteraciones del sueño
- Quejas frecuentes de dolor de cabeza y abdomen
- Vinculación ansiosa hacia la madre
- Retraso en las adquisiciones progresivas de la autonomía
- Ausencia de padre o madre que sirva como modelo de identificación
- Fracaso escolar
- Inhibición y bloqueo intelectual



Señales de alarma psicopatológica infantojuveniles y en el adolescente (11-22años)

- Agresividad en grupo o aislada
- Conductas antisociales
- Problemas con la justicia
- Obsesión y compulsiones
- Crisis de angustia
- Dietas restrictivas
- Quejas frecuentes de dolor de cabeza y abdomen
- Náuseas y vómitos
- Alteraciones en el control de esfínteres
- Ideas de suicidio
- Abuso de drogas
- Alucinaciones
- Fracaso escolar

Durante las diferentes visitas que el paciente hará al consultorio dental, será importante enfatizar la observación de dichos signos de alarma, y actuar en base a la promoción de la salud integral, las visitas frecuentes forjarán una relación prolongada con el niño y sus padres, en donde se puede llegar a establecer la confianza que permita a éstos, solicitar ayuda ante las dudas o preocupaciones que se les presentan sobre el desarrollo general de su hijo. Para lo cual se requiere que el profesional esté capacitado para promocionar hábitos y estilos de vida saludables.



2. TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS Y ACTITUDES RECOMENDADAS

2.1 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Se debe tener en cuenta que todos los niños experimentan en forma normal situaciones de ansiedad y temor durante su vida, viéndose marcadas en algunas situaciones tales como la consulta dental, sobre todo, si el niño ha tenido experiencias previas desagradables, y en su mayoría, estas experiencias no constituyen una patología, es importante saber reconocer miedos y respuestas ansiosas normales según la edad del menor y no tratar como patológicas situaciones que son completamente normales.

Las fobias son temores marcados y persistentes a ciertos objetos o situaciones. Existen tres tipos de fobias; fobias específicas, fobia social y agorafobia.¹

A) Fobias específicas

Se refiere a un temor excesivo irracional y persistente ante la presencia o anticipación de un objeto o situación específica.

Al enfrentarse al objeto o situación temida, el niño aterrado, cree que sufrirá un gran daño y experimenta temor intenso y una activación del sistema autónomo. La ansiedad suele traducirse en lloros, aparentes berrinches o parálisis. Los niños no reconocen que sus temores son excesivos la respuesta habitual es huir del objeto que le produce miedo. La

¹ Cohen, Bruce J. Psiquiatría. Teoría y práctica. Mc Graw Hill Interamerican. España. 2003. Pág.314



magnitud de angustia puede alcanzar los niveles de pánico, y puede verse afectada la vida normal del niño debido a conductas evitativas.

Los niños suelen presentar fobias a distintos objetos como a animales, insectos, las tormentas, oscuridad, hospitales, jeringas entre otros. Y se debe recordar que ciertos miedos son absolutamente normales a ciertas edades.

B) Fobia social

Las características son el temor persistente, tensión, desasosiego y síntomas somáticos en situaciones actuales en las cuales el individuo deba interactuar con personas desconocidas, miedo a ser evaluado, miedo a ser el centro de atención o miedo a que pueda ser avergonzado o verse en una situación embarazosa de alguna forma.

Los niños con fobia social habitualmente temen que los demás los van a considerar extraños, torpes, poco atractivos o tontos, temen hacer o decir algo estúpido o embarazoso frecuentemente presentan síntomas como taquicardia, sudoración, enrojecimiento de la cara, mareos y diarreas. Al verse expuesto a situaciones sociales la respuesta puede llegar a ser semejante a una taque de pánico.

C) Agorafobia

Se caracteriza por la aparición de ansiedad y comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso, o donde sea imposible encontrar ayuda en el caso que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.



Es importante resaltar el hecho de que parece haber un fuerte componente genético en todas las fobias. El 75% de las personas con fobias específica tiene un pariente de primer grado que también la presenta.

Dentro de la consulta dental, en los pacientes que pudiéramos detectar alguna de las características antes mencionadas, se emplea una técnica conductual de exposición gradual, en la cual se anima al paciente a que se exponga de manera gradual a situaciones cada vez más cercanas a la situación temida, si es el caso del sillón dental o del consultorio en general debemos tratar de ayudar al paciente a reconocer sus temores esto, acompañado de técnicas de relajación y ejercicios de respiración.

Valdivia señala otros trastornos de ansiedad como los siguientes.²

D) Trastorno de pánico

Se caracteriza por la presencia de crisis de angustia inesperadas, sin relación con desencadenante situacional, la crisis es seguida por preocupación permanente y persistente que se manifiesta en inquietud ante la posibilidad de volver a tener una crisis.

La crisis de pánico son de aparición súbita con mucha aprensión, miedo pavoroso o terror; son transitorios y que alcanzan su máxima intensidad en los primeros diez minutos y habitualmente se acompañan de sensación de muerte inminente y de múltiples síntomas somáticos.

² Valdivia, Mario. Manual de psiquiatría infantil. Guía para pediatras y médicos generales. Ed. Mediterraneo. Santiago de Chile. 2002.



E) Trastorno de ansiedad generalizada

Las características clínicas principales de los niños que presentan trastorno por ansiedad generalizada están dadas por una preocupación exagerada e infundada acerca de eventos pasados. Estos niños presentan extrema autoconciencia con alta necesidad de ser reforzados positivamente, inhabilidad para relajarse y múltiples quejas somáticas. A menudo son tímidos, preocupados de agradar a los demás y perfeccionistas. Para hacer el diagnóstico los síntomas deben persistir por al menos 6 meses y estar asociados a una marcada limitación funcional.

F) Trastorno de estrés postraumático infantil

Es la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos a través de recuerdos recurrentes e indeseados del suceso, en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones, que en niños pequeños esto puede expresarse en forma de juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma, y también pueden aparecer sueños terroríficos de contenido irreconocible. El paciente responde con un temor, desesperanza u horror intensos y tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo de nuevo. El trauma debió ser de gran magnitud (violencia extrema, catástrofes) y la sintomatología es de más de un mes.

Algunas recomendaciones y medidas que podemos emplear para ayudar a los niños con problemas ansiosos generales son, en primer lugar, mantener siempre una actitud calmada y de control al ayudar a un niño ansioso, no transmitirle nuestros propios miedos e inseguridades, mantener una actitud cálida y no descalificadora, no reírse ni enojarse por los miedos; pero a la vez tener una conducta de apoyo activo al menor para enfrentar los



miedos. Fomentar la autoestima y la seguridad de tal forma que el niño adquiera confianza en sus recursos y capacidades; así mismo destacar logros y aumentar las felicitaciones, estimulando al máximo sus fortalezas.

Cada vez que el niño deba enfrentar una situación que genera ansiedad, hay que evitar en lo posible que rehuya de dicha situación. Es posible tratar de disminuir el número de situaciones estresantes que el niño debe enfrentar mediante el manejo del ambiente, pero no fomentar que el niño evite la situación una vez que ésta se presenta, y en este caso con actitud cálida, en un tono no descalificador ayudarlo a enfrentarlo. La idea es animarlo a que tenga la sensación de un dominio gradual y progresivo sobre los eventos que causan ansiedad, y que sienta que pudo superar la situación y no que siempre la debió evitar.

2.2 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

A) Depresión

Una de las principales dificultades que se tiene para reconocer un niño deprimido es el poder identificar adecuadamente los síntomas y signos de la depresión.

Para ubicar un problema de la esfera depresiva debemos identificar, en el niño síntomas como retraimiento, falta de interés, apariencia triste, alteraciones del sueño, del apetito e irritabilidad; la existencia de estos problemas es frecuente y muchas veces producen importantes alteraciones en el desarrollo psicoemocional del niño, así como fracasos escolares,



aislamiento social, complicaciones somáticas y eventualmente una evolución a la cronicidad e incluso el suicidio.³

Manifestaciones clínicas de la depresión infantil

Apariencia triste y apatía. La mirada puede ser vacía y triste, el tono de voz disminuido, menor tendencia a sonreír. El aspecto puede indicar tristeza, soledad, ausencia de felicidad. Los niños muchas veces no son capaces de comunicar verbalmente su estado anímico y la apariencia es el modo de expresarlo.

Aislamiento social. Presentan una menor participación en grupos, menos interés social, no intentan hacer amigos, y muchas veces evitan el compartir con otros niños.

Irritabilidad y dificultades conductuales. Frecuentemente se ven irritables, agresivos, a veces violentos. Muchas veces tienen problemas conductuales, se vuelven peleadores, discutidores e incluso hostiles. Pueden incluso estar agitados y muy inquietos.

Letargo y pérdida de energía. Se observan enlentecidos psicomotoramente con tendencia a la pasividad, cansados, fatigados, desganados o aburridos en las actividades que deben realizar. Llegan a pasar muchas horas descansando o durmiendo.

Trastornos de la alimentación. Los niños deprimidos pueden presentar episodios de ingesta ansiosa o también puede haber una notoria disminución del apetito y en casos más severos una baja de peso importante.

³ Valdivia, Op. Cit. Pág. 24



Retraso del desarrollo. Especialmente lactantes y preescolares pueden presentar notorios retrasos o estancamientos en su desarrollo del lenguaje y de la motricidad.

Quejas somáticas. En niños las cefaleas y molestias abdominales son un síntoma frecuente de depresión.

Fobia escolar. Como manifestación de la pérdida de interés en actividades habituales, manifiestan rechazo a asistir a la escuela o una absoluta falta de interés y motivación en las actividades académicas.

Autoagresión física y emocional. Los niños depresivos pueden presentar conductas de violencia consigo mismo como golpearse la cabeza o arrancarse el cabello. Esta agresividad hacia ellos mismos se manifiesta también como pensamientos autodepreciatorios como por ejemplo sentimientos de ser inútil, estúpido o feo.

Trastorno del sueño. Se manifiestan síntomas de compromiso del sueño, ya sea hipersomnia diurna (se sienten con mucho sueño durante las horas del día) o algún tipo de insomnio en especial de conciliación.

Disminución de la concentración y mal rendimiento escolar. Presentan bajas en su rendimiento escolar como derivado de sus importantes fallas en la concentración.

Excesiva culpa. Pueden tener dificultades en manifestar la culpa en etapas tempranas del desarrollo. Esta suele expresarse en sentimientos de autoreferencia, conductas como sentir que podrían ser los responsables de



su enfermedad, también un sentimiento de ser un problema para sus padres debido a lo que les pasa.

Ideas de muerte o suicidio. Pueden manifestar según el nivel de desarrollo el deseo de no estar más, de irse o desaparecer o claramente desde alrededor de los 10 años la idea de querer morir.

Cuadro de conductas depresivas no verbales en distintas edades.

Lactante: (Comunicación no verbal)	
Aspecto y contacto:	Apático, retraído, evita la mirada, poco activo o irritable.
Síntomas físicos:	Dificultad para aumentar de peso, retraso psicomotor, rechazo alimentación.
Preescolar (Comunicación no verbal)	
Aspecto y actitud:	Triste o irritable, tono de voz disminuido, mirada de aflicción.
Síntomas físicos:	Enuresis, encopresis, falla alimentación.
Signos conductuales:	Conducta agresiva o apática.
Escolares: (comienzan a surgir aspectos psicológicos y verbales)	
Menor:	Predominio conductual (mentiras, irritable y agresivo) y somático (cefaleas, vómitos y gastralgias).
Mayor:	Aparecen síntomas psicológicos como inutilidad o culpa. Fallas académicas.
Adolescente: (predominio de manifestaciones psicológicas)	
	Labilidad al medio, ideación suicida.



Para el manejo de pacientes infantiles con este tipo de trastorno debemos considerar un buen manejo ambiental, ya que responden positivamente a éste. Debemos evitar las sanciones y castigos por la no obtención de logros, evitar la descalificación, mantener una actitud tranquilizadora y de apoyo. No exigir la obtención de metas muy altas y sí premiar el esfuerzo. Manejar los desajustes conductuales, controlar la irritabilidad mantener una actitud cálida. Potencializar su autoestima destacar sus logros aunque sean pequeños y felicitarlo. No descalificarlo ni ridiculizarlo. Muchos de los problemas depresivos en la niñez son respuestas emocionales, por lo tanto debemos igualmente disminuir los factores estresantes y desencadenantes.⁴

B) Trastorno bipolar

Es una enfermedad importante, seria y tratable, debido a causas cerebrales, posiblemente genéticas, que se describe como la aparición de episodios cuya característica fundamental son los cambios bruscos en el estado de ánimo, la elevación (manía, hipomanía) o disminución (depresión) que se alternan entre sí, y presenta alteraciones en la conducta general del niño. Sin embargo, parece que este modo de presentación no es el más frecuente en los niños, los cuales presentan ciclos de rápida alternancia lo que sin lugar a dudas dificulta su diagnóstico.⁵

El término depresión indica la presentación de un estado de ánimo triste, labilidad emocional, baja energía (decaimiento psicofísico generalizado), apatía, falta de interés, propensión al llanto y, en niños, irritabilidad, alteración del sueño (excesiva somnolencia) y alteraciones del apetito, normalmente anorexia. Algunas veces, pérdida del control de

⁴ Valdivia, Op. Cit. Pág. 43

⁵ Valdivia, Op. Cit. Pág. 201



esfínteres y conductas problema, como mayor desobediencia, retraimiento social e ideas de suicidio o pensamientos reiterados sobre la muerte.

El término hipomanía se refiere a la presencia de un estado de ánimo expansivo, alegría excesiva, inquietud motora, irritabilidad ante mínimas frustraciones, alteración del sueño (insomnio), alteración de apetito (comer mucho o, a veces, lo contrario) y locuacidad. Es menos intensa que la manía, en ésta se pueden encontrar, síntomas psicóticos como delirio y/o alucinaciones, aunque en la infancia son más raros.

Los síntomas de la manía pueden presentarse por: humor elevado, euforia desmedida e injustificada, irritabilidad excesiva, verborrea (excesivamente hablador, a veces se salta de un tema a otro de forma precipitada), alteración del sueño (insomnio), inquietud psicomotora que puede llegar a la agitación, delirio de grandeza y de omnipotencia, pensamiento superficial, en los casos más graves, pueden aparecer alucinaciones, pérdida del apetito o, por el contrario, incremento del mismo.

Dentro del consultorio dental, difícilmente podremos observar y dar por hecho que algún niño padezca trastorno bipolar, debido 1) a la complejidad de su diagnóstico, y 2) la cantidad de tiempo durante la consulta. Como odontólogos, nos corresponde evitar ambientes estresantes y posibles desencadenantes de los episodios de manía, hipomanía y depresión, debemos seguir las recomendaciones antes planteadas en el niño con trastorno depresivo.



2.3 TRASTORNO DISOCIAL Y OTROS PROBLEMAS CONDUCTUALES

El Trastorno disocial, antiguamente era llamado trastorno de conducta, es un término utilizado para describir niños y adolescentes con un grupo de diferentes tipos de comportamientos y de múltiples vulnerabilidades psicosociales subyacentes.⁶

El elemento central de este trastorno es un patrón mantenido de comportamiento en que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad. Estos comportamientos se manifiestan por algunas conductas específicas que deben estar presentes al menos en el último año. Es decir, no pueden ser esporádicas ni aisladas. Esto es importante, ya que algunas de las conductas (como mentiras, algún grado de agresividad física) pueden ser normales si se presentan aisladas en alguna etapa del desarrollo, lo que las convierte en patología es su permanencia en el tiempo como un patrón conductual estructurado.

Los tipos de comportamientos involucrados incluyen agresiones verbales o físicas a personas y animales; destrucción de la propiedad; fraudulencia, robos y mentiras; y violaciones graves de las normas.

El inicio del trastorno disocial puede producirse hacia los 5 o 6 años de vida, pero usualmente se observa al final de la niñez o al inicio de la adolescencia. Es muy raro el inicio después de los 16 años. Muchos sujetos con trastorno disocial remiten al llegar a la vida adulta, aunque otros evolucionan a trastorno antisocial de personalidad.

⁶ Valdivia, Op. Cit. Pág. 80



El trastorno disocial puede verse habitualmente asociado con trastornos de aprendizaje, déficit atencional, episodios depresivos, pero también puede haber asociación con retardo mental y epilepsia.

Dentro de la práctica odontológica en pacientes con este tipo de trastorno debemos modificar elementos ambientales, verificar que el trato no sea muy violento o agresivo, discutir métodos de recompensa y sanción (consecuencias negativas o positivas frente a las conductas).

Mantener en todo momento la coherencia y la consistencia, no caer en contradicciones, y que cuando se apliquen sanciones mantenerlas. Potenciar aspectos positivos y disminuir equivocaciones individuales, estimular el reconocimiento de logros, apoyar la autoestima, hacer que el niño se sienta reconocido y ayudar a la expresión de sentimientos, brindando un espacio en la consulta para que el niño cuente como ha estado, que ha sentido.

En el paciente con cuadros de trastorno disocial suelen presentarse conductas negativas tales como pataletas, gritos, llanto injustificado, en ese caso debemos ignorarlo.

Debemos tratar de llegar a acuerdos con el niño, ser constante, en ningún momento ridiculizar, ni se reírse de él, si debe sancionarlo, que sea en privado. El trato siempre debe mantenerse cálido, y crear una relación de confianza, cuando él falle no debemos tomarlo como ofensa personal.

A) Trastorno de déficit de atención e hiperactividad



El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) está caracterizado por la presencia de tres síntomas fundamentales, disminución de la atención, impulsividad e hiperactividad, es un cuadro orgánico, con origen en deficiencias anatómico-biológicas que a ciertas estructuras cerebrales. El cuadro puede persistir en la edad adulta y sus manifestaciones más graves para la familia y la sociedad.

Las características principales de este trastorno son las siguientes: dificultades para mantener la atención durante un tiempo razonable de tiempo, para enfocar la atención lo suficiente para realizar cualquier tarea. Se distrae fácilmente lo que ocasiona problemas en la escuela, comete errores por descuido, su nivel de concentración es bajo y tiende a distraerse fácilmente con diversos estímulos como lo es el ruido. La memoria a corto plazo es escasa, todo aprendizaje adquirido debe ser reforzado durante un periodo de tiempo con la finalidad de que se repita constantemente y sea almacenado en la memoria a largo plazo. Tienen dificultades para retener información auditiva o verbal, muchas veces se les dan instrucciones pero no pueden retenerlas el tiempo suficiente para realizarlas.

La comunicación debe ser clara y específica, debemos usar técnicas de control de conducta, debemos tratar de conseguir que el paciente se relaje y así lograr que se sienta física y emocionalmente seguro, utilizar la técnica de refuerzo y premiar la buena conducta, crear una estrategia de trabajo, tomando en cuenta que los pacientes tienen dificultad para comprender instrucciones, debemos con ayuda de los padres, modificar hábitos poco a poco y de esa forma lograr un buen impacto en la vida del paciente.

2.4 ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS PSICÓTICOS



A) Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno nervioso devastador que atormenta a las personas que la padecen con ideas delirantes, patrones de lenguaje y pensamiento desordenados, pérdida de la memoria, alucinaciones, y comportamiento gravemente desorganizado y además existe un marcado deterioro funcional. Es una enfermedad crónica, de una duración de al menos 6 meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa.⁷

Los niños con esquizofrenia tienen tres déficits característicos de comunicación: incapacidad asociativa, pensamiento ilógico y discurso deteriorado. De todos modos hay que evitar confundir el pensamiento mágico, los amigos imaginarios, que son normales en un niño.

Un incremento en la ansiedad del niño esquizofrénico puede generar dificultades en la consulta o incluso crear situaciones peligrosas para el paciente y el odontólogo. Al trabajar con el niño esquizofrénico se debe valorar que tan positivo es que el padre o tutor permanezca durante la consulta dental se debe tomar en cuenta si disminuye la ansiedad del niño al estar presente el padre o tutores, cada profesional debe decidir individualmente en función a sus preferencias y el perfil de los padres.

Se recomienda que las citas no sean demasiado largas, el tiempo de atención debe ser corto ya que esto ayuda a disminuir el grado de ansiedad.

Desde el momento en el que el niño entra al consultorio es necesario establecer empatía con él, también emplear las técnicas de control de

⁷ Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales. (DSM-IV-TR) Masson, 4ta edición. Barcelona España 2003



conducta adecuadas. Una comunicación adecuada entre el odontólogo y los padres es necesaria así como tener una participación activa con ellos.

Debemos establecer una buena comunicación con el niño, ganar la confianza del niño y los padres y su aceptación del tratamiento dental. Proporcionar un ambiente relajado y cómodo, realizar el tratamiento de la manera más satisfactoria posible.

B) Psicosis

Se define como un compromiso en el juicio de la realidad caracterizado por la presencia de alucinaciones, ideas delirantes y de compromiso en la estructura del pensamiento. Estas alteraciones deben ser de la suficiente magnitud como para comprometer el normal desenvolvimiento del sujeto. Tiene una fuerte tendencia a persistir en la edad adulta, pero son relativamente poco comunes.

Las alucinaciones son percepciones sensoriales que tienen el convincente sentido de realidad de una percepción real, pero que ocurre sin la estimulación externa del órgano sensorial implicado. Las alucinaciones pueden ser auditivas, gustativas, olfativas, somáticas y táctiles.⁸

Cabe destacar que en niños la presencia de alucinaciones no necesariamente implica una patología psiquiátrica severa, ni tampoco necesariamente una psicosis.

Las ideas delirantes, por su parte, son falsas creencias basadas en una inferencia incorrecta relativa de la realidad externa que es firmemente

⁸ Valdivia, Mario. Manual de psiquiatría infantil. Guía para pediatras y médicos generales. Ed. Mediterraneo. Santiago de Chile. 2002. Pág.170



sostenida, en contra de la creencia de la mayoría y en contra de toda prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario.

C) Trastorno disociativo

La característica esencial del trastorno disociativo consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica.⁹

Incluye: amnesia disociativa se caracteriza por la incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante; fuga disociativa, caracterizada por viajes repentinos e inesperados, acompañados de incapacidad para recordar el propio pasado, de confusión acerca de la propia identidad y asunción de otra identidad nueva; el trastorno de identidad disociativo (antes personalidad múltiple) se identifica por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto a una incapacidad para recordar información personal importante.

La disociación aparece frecuentemente con los ataques de pánico, éstos pueden ser súbitos, inesperados y sin causa aparente. La depresión sin causa aparente, sin antecedentes familiares o a una edad poco usual, puede ser otro indicador, ya que casi todos los pacientes con disociación tienen por lo menos un estado depresivo. De la misma forma, la ira inexplicable o descontrolada, al punto de rabiar, puede hacer su aparición.

2.5 OTROS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS

A) Trastornos alimentarios de la infancia

⁹ Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales.(DSM-IV-TR) Masson, 4ta edición. Barcelona España 2003. Pág. 581



Anorexia nerviosa. Es un cuadro grave, potencialmente mortal que afecta a adolescentes mayoritariamente del sexo femenino y se caracteriza por: una gran pérdida de peso con un peso corporal inferior al 85% del peso esperable o un índice de masa corporal menor a 17.5, un temor intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal, alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, amenorrea en las mujeres pospuberales.

Se distinguen dos tipos de pacientes, el restrictivo en el cual el paciente no recurre a atracones y purgas y el compulsivo/purgativo en que el paciente habitualmente recurre a atracones y purgas.

Los padres muchas veces ignoran las conductas hasta muy avanzada la enfermedad. Las pacientes se observan muy enflaquecidas no reconociéndolo, y evitan hablar del tema reaccionando hostilmente a los intentos de modificar su modo de verse.

Bulimia. Es un cuadro caracterizado por la presencia de atracones recurrentes que se caracterizan por la ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a lo que la mayoría de la gente ingeriría y la sensación de la pérdida de control sobre la ingesta de alimentos, estos atracones son frecuentes y persistentes. El paciente presenta conductas compensatorias inapropiadas para no ganar peso. En el tipo purgativo el paciente utiliza vómitos, laxantes y diuréticos en forma regular y en el no purgativo sólo usa ayunos y ejercicios.

Obesidad. Es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que se puede prevenir. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. En su origen se involucran factores genéticos y



ambientales, que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal para el valor esperado según el sexo, talla y edad.

La obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal, ésta aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus.

El papel del odontólogo frente a este tipo de trastornos de la alimentación consistirá básicamente en la observación, el descubrimiento de algunos signos de alerta y la comunicación con los padres así como la derivación a centros especializados en atención psicológica.

B) Trastornos del sueño en la infancia

Los trastornos del sueño son problemas frecuentes en los niños y adolescentes. Pueden aparecer de forma aislada o asociados con otros problemas conductuales o emocionales.

Se estima que un 20 a 30 % de la población infanto-juvenil general presenta alguna dificultad del sueño lo suficientemente importante para ser considerada problemática.

Los trastornos primarios del sueño son aquellos que no se deben a enfermedad médica, a otra enfermedad mental o a la ingesta de sustancias. Estos trastornos son consecuencia de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo vigilia-sueño, que con frecuencia se ven agravadas por factores de condicionamiento.



Disomnias. En niños están caracterizadas por trastornos de la cantidad, calidad y horario del sueño, en las cuales se pueden distinguir: insomnio infantil por hábitos incorrectos, insomnio aprendido y trastornos del sueño relacionados con la respiración.

Parasomnias. Se refiere a un grupo de conductas o comportamientos anormales durante el sueño. Incluye los trastornos del despertar (despertares confusos, sonambulismo y terrores nocturnos), las pesadillas, y el golpeo de cabeza entre otros.

Se debe saber que entre los tres y los cinco años son frecuentes los terrores nocturnos y las pesadillas, por lo tanto no tiene ninguna significación. Las pesadillas suelen relacionarse, aunque algo distorsionado su contenido, con factores estresantes. Se mencionan algunas recomendaciones que no son aplicables en el área del consultorio dental, solo son orientaciones de tipo preventivo para los padres con niños que presentan este tipo de trastorno; las cuales nos permiten enseñar como marcar los límites de forma adecuada, con firmeza y seguridad, que cada uno duerma en su habitación apoyando la separación de las figuras paternas, debido a que el sueño es un momento idóneo para saber estar solo, y con ello potencializar las conductas de autonomía infantil adecuadas a su etapa de desarrollo.



3. IMPORTANCIA Y TRASCENDENCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS MENTALES

La detección precoz de la psicopatología infantil permite mejorar el pronóstico final y la calidad de vida de los niños y de sus familias. Ésta se basa principalmente en la valoración de los factores de riesgo y el reconocimiento de los signos de alarma. Los problemas psicológicos siguen siendo frecuentes en niños y adolescentes. Las prevalencias estimadas oscilan entre el 10 y el 20 % de la población infantil.

El descubrimiento de las psicopatologías son identificables en áreas básicas del desarrollo del niño, donde tienen la mayor frecuencia de aparición, particularmente en el nivel primario del cuidado médico. Para ser un clínico estomatológico capaz de atender la mayor parte de las necesidades de los niños en cualquier comunidad, es necesario conocer a fondo las técnicas odontológicas de prevención, terapéuticas y comprender las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientitos, así como sus procesos de cambio emocional y maduración social.

En la infancia, detectar las enfermedades mentales es mucho más trascendente y mucho más difícil que en otras edades. Esta dificultad nace entre otros aspectos de la capacidad verbal del niño, de la necesidad de utilizar información proveniente de los padres y personas que conviven con él, como ya es conocido casi todos los síntomas psiquiátricos pueden igualmente, ser componentes normales de determinadas conductas o comportamientos evolutivos del niño.

Algunos comportamientos psicopatológicos tienden a persistir en adolescencia y a empeorar en vida adulta arrastrando consecuencias como



uso ilícito de drogas, delincuencia juvenil, crimen creciente, comportamiento antisocial, pobre salud física, problemas maritales, violencia, desempleo, problemas interpersonales, y altas tasas de suicidio. Por lo tanto, la detección precoz y la derivación oportuna a instituciones especializadas conllevaran la mejora de salud mental, salud física mejorada, productividad realizada, y estabilidad creciente del individuo.¹

Si se desea dominar en un sentido intelectual y clínico los retos que representa el grupo de edad infantil se debe comprender y ser capaz de discernir cuando se realiza una transferencia simple de una disciplina a otra según el paciente y cuándo la transferencia se debe modificar, debido a necesidades individuales o limitaciones propias de la edad del niño.

Cuando se detecte psicopatología infantil, la derivación a los servicios especializados de salud mental, se considera necesaria, y debe ser argumentada a los padres y planteada como ayuda mediante asesoramiento, orientación, explicando la conveniencia y que los beneficios de dicha derivación serán tanto para los niños como para la familia y hasta para los propios profesionales. En ocasiones los padres y el niño, en especial el adolescente, pueden necesitar tiempo para pensar, hablarlo entre ellos y mentalizarse.

Para la derivación y solicitud de servicios psicológicos y psicoterapéuticos, puede usarse la lista de preguntas desarrolladas por Meyer y Hoover en 1961.² Si las respuestas a las preguntas que siguen

¹ World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders : setting WHO directions. Geneva. 2003

² Clarizio, Harvey F., George Mc Coy. Trastornos de la conducta en el niño. Manual Moderno. México DF 1981. Pág. 34



sugieren más que la cantidad habitual de dificultades de ajuste, se debe tomar en consideración la posibilidad de buscar ayuda externa.

¿Es la conducta del niño generalmente apropiada para las circunstancias en que se encuentra?

¿Se adapta en general la conducta del niño a su edad?

¿Hay dificultades reales en el ambiente del niño a las que pueda atribuirse el problema?

¿Se ha producido algún cambio radical en la conducta del niño?

¿Cuánto tiempo ha perdurado el síntoma?

El odontólogo no debe sentir responsabilidad de la estabilidad psicológica de su paciente sino en función de la obtención de los resultados que pretende desde la terapéutica de su profesión.³ No seremos responsables de curar al paciente de la psicopatología pero sí de que nuestras acciones no agraven su estado.

En otro aspecto diremos que el odontólogo si es responsable de profundizar sus conocimientos y manejo de los aspectos psicológicos de la relación odontólogo-paciente, pero no es responsable de que el paciente resuelva su conflictiva psicológica. En todo caso, debe aumentar su nivel de responsabilidad en cuanto a preocuparse por la salud integral de su paciente.

³ Martínez Ross, Erick; Rafael Lonngi Rojas. Manual de psicología para Odontólogos. Editorial Ciencia y cultura, México. 1989. Pág. 44



En seguida incluiré una serie de recomendaciones generales para cuando se detecte alguna de las señales de alerta o trastornos que se mencionaron.

- Identifique las expresiones emocionales de malestar y logre llegar a compartir el vocabulario del paciente.
- Evite los silencios largos.
- No hable con voz artificial, los niños son bastante sensibles a la entonación.
- No enjuicie los patrones de comunicación del paciente puede ser algo cultural o tratarse del estilo comunicativo de la familia.
- Sea sensible al efecto que producen sus actos
- Busque un estilo y un marco de consulta que le resulten cómodos al paciente.
- Este dispuesto a poner límites.
- Avise del final de cada sesión cinco minutos antes de acabar.
- Explore cuales son las capacidades de la familia y su capacidad de realismo para adoptar estrategias a su alcance y hacer uso de sus conocimientos y puntos fuertes.



CONCLUSIONES

Dentro de nuestra actividad profesional diaria debemos destacar la función como educador para la salud y el interés por la salud integral del paciente. La detección precoz de las señales de alarma que nos indican trastornos psicopatológicos en niños tiene gran significado en función a que permite mejorar el pronóstico final del paciente.

Cabe destacar que dentro de la práctica odontológica es difícil detectar las psicopatologías en general, tomando en cuenta dos factores importantes, el tiempo considerablemente reducido de la consulta, y el nivel de estrés “*normal*” que presentan los pacientes en el sillón dental, pero esto no nos exime de la responsabilidad de observar, interactuar y conocer al paciente pediátrico tanto en su etapa de desarrollo como sus necesidades psicológicas.

Las acciones a tomar dentro del consultorio ante las psicopatologías infantiles estarán basadas principalmente en técnicas conductuales y reducción de estrés mediante técnicas de modificación del ambiente.

El cirujano dentista no tendrá la responsabilidad de resolver la problemática psicológica de su paciente, pero si la de que sus acciones no alteren, desencadenen o agraven el estado mental del niño.



BIBLIOGRAFÍA

Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnostico y Estadístico de Trastornos mentales. (DSM-IV-TR). Masson, 4ta edición. Barcelona España. 2003,1048 pp.

Barber, Thomas K.; Larry S Luke. Odontología Pediátrica. Manual moderno, México. 1985. 4ta Reimpresión 1995, 431 pp.

Cameron, Catherine Ann. Identification and Classification of Childhood Developmental Difficulties in the Context of Attachment Relationships. [J Can Acad Child Adolesc Psychiatry](#). 2008 May;17(2):58-68

Cawthorpe, David. Primary Care Physician Ability To Identify Pediatric Mental Health Issues. Can Child Adolesc Psychiatr Rev. 2005 November; 14(4): 99–102

Clarizio, Harvey F., George Mc Coy. Trastornos de la conducta en el niño. Manual Moderno. México DF. 1981, 697 pp.

Cohen, Bruce J. Psiquiatría. Teoría y práctica. Mc Graw Hill Interamericana. España. 2003, 643 pp.

Goldberg, David. Manual mudsley de Psiquiatría práctica. Ed. Arán. España. 2000, 318 pp.

Goldman, Howard H. Psiquiatría general. Manual moderno 4ta edición. México DF. 1996



Handa, Masanori. Childhood physical abuse in outpatients with psychosomatic symptoms. v. 2; March 2008.

<http://www.bipolars.org/>

http://www.who.int/mental_health

Jenkins, Susan C. Manual de psiquiatría. Ed. Harcourt 3ra edición. España. 2002, 332 pp.

Kaplan, Harold I. Tratado de Psiquiatría. Salvat 2da edición. Barcelona España. 1989. Reimpresión 1992, 2050 pp.

Magnusson, Bengt O. Odontología. Enfoque sistemático. Salvat. Barcelona España. 1985, 369 pp.

Martinez Ross, Erick; Rafael Lonngi Rojas. Manual de psicología para Odontólogos. Editorial Ciencia y cultura, México. 1989, 104 pp.

Mc Donald, Ralph E, Avery, David R, Odontología Pediátrica y del adolescente. Ed. Mosby-Doyma. Madrid España. 1995, 865 pp.

Montenegro, Hernan; Humberto Guajardo. Psiquiatría del niño y del adolescente. Ed. Mediterraneo, 2da edición. Santiago de Chile. 2000, 505 pp.

Pinkham JR. Odontología Pediátrica. Mc Graw Hill Interamericana 3ra.edición México. 2001, 735 pp.



Rev. Chil Padiatr 76 (4); 418, 2005. Diferencias de género en psicopatología en la niñez: Hipótesis explicativas.

Secretaria de salud. Instituto nacional de salud pública. Boletín de práctica médica efectiva. 2006. <http://www.insp.mx/nls/bpme>

Valdivia, Mario. Manual de psiquiatría infantil. Guía para pediatras y médicos generales. Ed. Mediterraneo. Santiago de Chile. 2002, 274 pp.

Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Salvat, 3ra edición. México. 1991, 792 pp.

Wiener, Jerry M., Mina K. Dulcan. Tratado de psiquiatría de la infancia y adolescencia. Masson, Barcelona España. 2006, 1140 pp.

World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders : setting WHO directions. Geneva. 2003

World Health Organization. Through children's eyes A collection of drawings and stories from the WHO Global School Contest on Mental Health. 2001.



ANEXO

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "JUAN N. NAVARRO"

Dirección:	Av. San Buenaventura #86 Col. Belisario Domínguez C.P. 14080 Méx D.F. Tel. 55734866 fax: 55739161
Institución pública, atención a derechohabientes, población abierta, seguro medico. Categoría por edad: niños, adolescentes y jóvenes	
Servicios:	Consulta externa, servicio de urgencia, internamiento, orientación preventiva, pláticas de información, socioculturales, deportivas y recreativas.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO"

Dirección:	Km. 5.5 de la Autopista México Puebla, Esquina Eje 10 Sur; Col. Santa Catarina en la Delegación Tláhuac, D.F. Tel. 58604439, 586044-44
Institución pública, atención al público en general.	
Servicios:	Consulta externa, servicio de urgencia, hospitalización, atención médico-psiquiátrica y psicológica a usuarios de los servicios con problemas mentales y alteraciones de la conducta.

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (CECOSAM) CUAUHTÉMOC, IZTAPALAPA Y ZACATENCO

Dirección:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. Enrique González Martínez No. 131, Col. Santa María la Ribera, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06400 Méx. D.F. Tel. 55 41 47 49 / 55 41 12 24 ▪ Guerra de Reforma Esq. Eje 5 Sur, Col. Leyes de Reforma 3a. Sección, Del. Iztapalapa, C.P. 09310, Méx. D.F. Tel. 56-00-45-27 / 56-94-16-60 ▪ Huanuco No. 323 Esq. Av. Ticomán, Col. Residencial Zacatenco, Del. G.A. Madero, C.P. 07360, Méx. D.F. Tel. 57 54 22 05
Institución pública, categoría por edad: niños mayores de 6 años, adolescentes y jóvenes, público en general.	
Servicios:	Otorga servicios ambulatorios en salud mental comunitaria a pacientes, familiares y población en general de nuestra área de influencia, de forma integral y multidisciplinaria.