



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS Y
ODONTOPEDIATRÍA.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

CRISTINA GARCÍA PINEDA

TUTOR: Mtro. HÉCTOR ORTEGA HERRERA

MÉXICO, D.F.

2011



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.

Agradecimientos

A Dios por darme a mis papás, Jesús y Margarita, que en todo momento han estado guiando mi vida con su ejemplo y su amor, no hay suficientes palabras para darles las gracias por todo ¡los amo mucho!

A mis hermanos, Lyli y Omar: que me han querido y apoyado tanto en todo momento y que con Pru y Kari han traído la felicidad a casa con sus retoños, los sobrinos más dulces: Alan, Gael, Frida y el que viene en camino.

A mi abuelita Mina por todo su amor y ternura; por cuidarnos ahora desde algún lugar.

A los tíos, tías, primos y primas de los que recibo siempre apoyo y cariño.

A todos mis amigos, que han estado siempre conmigo ¡qué bueno encontrarnos en este camino!

A todos mis pacientes, por dejarme aprender de ustedes y con ustedes.

Al Maestro Héctor Ortega Herrera, por su apoyo en esta etapa y las enseñanzas más allá de la Odontología.

A todos mis maestros por compartir su experiencia y dejarme hacer propias sus enseñanzas.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de formarme en sus aulas y vivir tan bellos momentos dentro de ella.

*"Toma una sonrisa, regálala a quien nunca la ha tenido.
Toma un rayo de sol, hazlo volar allá en donde reina la noche.
Descubre una fuente, haz bañar a quien vive en el barro.
Toma una lágrima, ponla en el rostro de quien nunca ha llorado.
Toma la Valentía, ponla en el ánimo de quien no sabe luchar.
Descubre la Vida, nárrala a quien no sabe entenderla.
Toma la Esperanza y vive en su Luz.
Toma la Bondad y dónala a quien no sabe donar.
Descubre el Amor y hazlo conocer al mundo".*

Gandhi

Índice

1. Introducción	
2. Historia de la medicina psicosomática	6
3. Principios de la medicina psicosomática	8
4. Ansiedad y Estrés	10
4.1 Fisiología del estrés	13
5. Trastornos psicosomáticos en el paciente infantil	14
5.1. Alteraciones en función respiratoria	17
5.1.1. Asma	18
5.1.2. Espasmo del sollozo	20
5.2. Retraso psicógeno del crecimiento	22
5.3. Alteraciones sistema digestivo	24
5.3.1. Gastritis y úlcera péptica	25
5.3.2. Bulimia y Anorexia	27
5.3.3. Obesidad	28
5.3.4. Estomatitis artefacta	29
5.4. Migraña en adolescentes	30
5.5. Fatiga crónica	32
6. Abordaje terapéutico del niño con trastornos psicosomáticos	36
7. Aspectos psicológicos y psicosomáticos en Odontopediatría	40
8. Conclusiones	42
9. Bibliografía	43

1. Introducción

En el mundo occidental, las dificultades sociales, los cánones establecidos de lo que es aceptable y apreciado y los conflictos económicos han conllevado a tener mayores niveles de estrés modificando así las relaciones familiares y las relaciones sociales.

Los componentes psicosomáticos de algunas enfermedades juegan un papel fundamental tanto para su aparición, desarrollo y permanencia, a pesar de no ser la única causa de los padecimientos, la carga psicológica es igualmente importante que la orgánica.

En la primera parte de este trabajo se desarrollan los antecedentes de la Medicina Psicosomática, además se abordan los padecimientos que se presentan con mayor frecuencia en niños y adolescentes, siendo éstos los que, de alguna manera, el Cirujano Dentista puede detectar. Se habla de enfermedades que pueden manifestarse con signos clínicos bucales como la bulimia y la estomatitis artefacta; de la anorexia, obesidad y retraso psicógeno del crecimiento que pueden detectarse con la desproporción del peso, talla y edad, así como de padecimientos que tienen importancia en el momento de la consulta odontológica como el asma y el espasmo del sollozo además de las enfermedades que pueden hacer imposible acudir a la consulta como el síndrome de fatiga crónica y la migraña.

Por último se revisarán los esquemas de tratamiento para los trastornos psicosomáticos en general, así como las condiciones que pueden regular y mejorar el comportamiento y la visión de los niños y adolescentes ante la Odontología.

1. Historia de la Medicina Psicosomática

Alexander y Flagg en 1965 señalan que la enfermedad en el mundo primitivo tenía un enfoque psicosomático ya que era atribuida a deidades y espíritus, así ciertos fenómenos naturales eran interpretados psicológicamente como padecimientos físicos por omisión u ofensa a los dioses.¹

En los siglos VII y VI a. C. el concepto somatopsíquico de la medicina de Hipócrates estaba basado en la teoría de los 4 humores corporales, concepto que dominó a la medicina, dejando a los filósofos los estudios de la Psicología (ψυχή, alma) a sofistas como Protágoras, mismos que culminaron en la ideología de Sócrates, Platón y Aristóteles, basando a la Psicología en el conocimiento introspectivo.²

Aristóteles y Platón reconocían ya explícitamente las influencias psíquicas sobre los estados corporales.³ Cicerón fue el primero en reconocer que los factores emocionales podrían resultar en algún momento en dolores y enfermedades.⁴

Hacia la Edad Media, Maimónides teorizó sobre la relación del alma y el cuerpo y las consecuencias de la alteración de esa relación que se manifestaba como enfermedades.⁵ Después del Renacimiento, en el siglo XVII donde surge la era científica, Sydenham y Harvey señalaron de forma explícita la influencia que los procesos emocionales tenían sobre el cuerpo.⁶

¹ Aun cuando alguna enfermedad infecciosa se manifestara por la acción del agente infeccioso, podía agravarse por el componente psicológico que la asociaba con la voluntad de una deidad.

² Benaim Napadensky, Mireya. Los trastornos psicosomáticos: hacia un enfoque integral. Ed. Equinoccio. Baruta, Venezuela, 1986, pág. 15

³ Ruiz Ogara, Carlos. Medicina Psicosomática. Ed. KRK Ediciones, Oviedo, España, 2007, págs. 63-69.

⁴ Benaim Op. cit.

⁵ Ruiz Ogara Op. cit.

⁶ Benaim Op. cit.

El término “psicosomático” fue empleado por primera vez en 1818 por el psiquiatra J. C. Heinroth para describir que las pasiones⁷ tenían cierta influencia sobre la tuberculosis, el cáncer y la epilepsia. A finales de 1893, Freud comparó las parálisis orgánicas y las parálisis histéricas, estudio que junto al de la neurosis y la interpretación de los sueños dieron lugar indirectamente al nacimiento de la medicina psicosomática.

Hacia 1930 Alexander y Deutsch crearon la llamada Escuela de Chicago. Alexander creó una teoría según la cual cada situación emocional básica se manifestaría por un síndrome o conjunto de manifestaciones corporales.⁸

En 1962 Pierre Marty en la escuela de París, hace su primera comunicación sobre el pensamiento operatorio y la *alexitimia*, una característica común a los enfermos psicosomáticos. El término *alexitimia* se designa para describir la ausencia de palabras para expresar las emociones.⁹ En los años setenta con aportaciones médicas de Cannon y Selye, se desarrolló una tendencia que ha tratado de estudiar las correlaciones fisiológicas con las emociones, así como tener mayormente en cuenta los factores ambientales y sociales, empleando instrumentos para evaluar los acontecimientos estresantes.¹⁰

Se distinguen tres escuelas en las investigaciones psicosomáticas modernas: la escuela americana, de inspiración psicoanalítica; la escuela

⁷ La etimología *πάθησις*: emoción, pasión con la que se define a la patología y *νόσος*: enfermedad que define a la nosología.

⁸ Esta consideración se refiere una relación entre las *nosos* enfermedades y las *pathos* pasiones.

⁹ Jeammet, Philippe, Michel Reynaud y Silla Consoli. Manual de Psicología Médica. Ed. Masson, Barcelona, España pág. 229

¹⁰ Ruiz Ogara, Op. cit. pág. 65

rusa, de inspiración reflexológica y la escuela alemana, de inspiración biológica y filosófica.¹¹

2. Principios de la Medicina psicosomática

La medicina psicosomática está dedicada al estudio de las interrelaciones entre la mente o psique y el cuerpo o soma, sobre todo en cómo los procesos psíquicos afectan al cuerpo o la manera en que los procesos físicos se manifiestan a nivel mental. La medicina psicosomática defiende que los conceptos biomédicos, psicoterapéuticos y socioterapéuticos, vayan encaminados hacia una medicina integradora.¹²

Grinker define la psicosomática como “un enfoque que engloba la totalidad de los procesos integrados de transacciones entre muchos sistemas: somático, psíquico, social y cultural (...) no se refiere ni a la fisiología o la patología, ni a la psicología o la psicopatología, sino a un concepto de proceso, que se lleva a cabo entre los sistemas vivos y su elaboración social y cultural”.¹³

La psicosomática se aplica a todo síndrome funcional donde el médico encuentra una unidad patológica con síntomas físicos expresivos de emociones.¹⁴

En estos trastornos los síntomas adquieren un carácter simbólico donde la manifestación del mismo se entiende como una vía de solución al conflicto. Las enfermedades psicosomáticas son producidas por una reacción

¹¹ Ey, Henri. Tratado de Psiquiatría. Ed. Masson, Barcelona, España, pág. 904.

¹² Luban Plozza, Op. cit. pág. 17

¹³ Rodríguez López, Antonio. Psicología Médica y Psiquiatría. Ed. Universidad de Santiago de Compostela, España, 2003, pág. 127

¹⁴ Ey, Henri, Op. cit. pág. 903

física primaria, acompañada de transformaciones morfológicas y una enfermedad orgánica.¹⁵

La noción etiológica de una “psicogénesis” de los trastornos somáticos proviene del psicoanálisis y de los síntomas de conversión, pero en los últimos treinta años se ha prestado más interés a las situaciones y factores ambientales y sociales. Actualmente las líneas de investigación psicosomática se dividen en Psicoanalítica y en la Teoría del condicionamiento que estudia las disfunciones neuro-endocrino-inmunológicas de la respuesta ante el estrés.¹⁶

Las enfermedades psicosomáticas tienen como características comunes la etiología desconocida, la falta de tratamientos eficaces, son de evolución crónica exigiendo grandes esfuerzos del paciente, aparecen o desaparecen coincidentemente con estrés además de ser productoras de sufrimiento e invalidez.^{17 18}

Para comprender mejor los agentes psíquicos y somáticos y poder distinguirlos, a continuación se explican algunos preceptos y definiciones:

- Reacciones psicosomáticas. Son manifestaciones naturales de casi todas las personas, de naturaleza pasajera y con expresión de reflejos fisiológicos y psicosomáticos, como las palpitaciones frente a una situación estresante, vértigo luego de un accidente leve, etcétera. La cualidad es su desaparición en poco tiempo, casi siempre cuando cambia la situación externa que los provoca. No predisponen a padecer enfermedades psicosomáticas.

¹⁵ Luban Plozza, Op. cit. pág. 18

¹⁶ Ruiz Ogara, Op. cit. pág. 47

¹⁷ López-Ibor Aliño Juan José, Tomás Ortiz Alonso y María Inés López-Ibor. Lecciones de Psicología Médica. Ed. Masson, Barcelona, España, 1999, pág. 56.

¹⁸ Cuando el paciente o sus familiares no tienen una explicación lógica, desde su lógica, o desde el contexto médico, la causa es la intervención de una entidad sobrenatural, divina o maligna.

- Trastornos psicosomáticos. Se clasifican a su vez en:
 - Síntomas de conversión. El síntoma adquiere un carácter simbólico no comprendido por el paciente. La manifestación del mismo puede entenderse como el intento de solucionar el conflicto neurótico, es decir que éste se ha “somatizado”.
 - Síndromes funcionales (somatomorfos). Se presentan cuadros de molestias cambiantes en distintos órganos o sistemas. Resulta imposible detectar cambios en los tejidos, se trata de una consecuencia no específica de un trastorno de una función o percepción corporal.
 - Enfermedades psicosomáticas. Están producidas por una reacción física primaria frente a una vivencia conflictiva acompañada de transformaciones morfológicas y una enfermedad orgánica.¹⁹

3. Ansiedad y Estrés

La definición etimológica de la palabra ansiedad proviene del latín *anxietas*: inquietud o zozobra. Es un estado emocional que se caracteriza por temor y sensaciones somáticas activadas por la percepción de riesgo.

Puede definirse a la ansiedad como un malestar difuso ante un estímulo amenazante que se acompaña de acontecimientos

¹⁹ Luban Plozza, Op. cit. pág. 18.

cardiorrespiratorios, gastrointestinales y neurológicos y activación del sistema nervioso central.²⁰

La ansiedad es un factor de riesgo y de exacerbación de enfermedades como el asma. La ansiedad se presenta como una reacción psicológica al estrés. Los trastornos de ansiedad de separación pueden presentarse en los niños en el contexto médico (o en este caso, odontológico) cuando ocurre este apartamiento de la madre durante la consulta.²¹

El término estrés fue introducido en 1936 por Hans Selye para designar una alteración de la homeostasis ante estímulos que provocan una serie de cambios adaptativos neurovegetativos, endocrinos e inmunológicos a los que llamó Síndrome General de Adaptación (SGA).²²

El estrés es consecuencia de la acción de un agente estresor físico o psicológico. Esta acción puede ser aguda o permanente. El estrés es un agente externo percibido por una persona en un espacio y tiempo determinados, donde el sujeto pone en juego sus defensas mentales para enfrentarlo con los mecanismos biológicos acompañados simultáneamente del juego de las defensas mentales.²³

En la sociedad actual y por el estilo de vida occidental, los estímulos estresantes son mayormente psicológicos y sociales, la reacción de estrés está más relacionada con el significado psicológico o cognitivo que una

²⁰ Mingote Adán, José Carlos y Francisco Pérez Corral. El estrés médico: Manual de autoayuda. Ed. Díaz de Santos, Madrid, España, 1999, pág. 11-13

²¹ Shaw, Richard y David de Masso. Consulta Psiquiátrica en Pediatría. Ed. Médica Panamericana, Argentina, 2009, pág. 137.

²² Ruiz Ogara, Op. cit. pág. 74.

²³ Stora, Jean Benjamin. El estrés. Ed. Cruz O. México, 1992, pág. 6.

persona asocia a los distintos estímulos o situaciones, sean físicas, de relaciones interpersonales o procesos internos personales.²⁴

Se han encontrado evidencias en cuanto a la relación entre el estrés y algunos tipos de desórdenes físicos y mentales, así como la vulnerabilidad a la que predispone a las personas para padecer una enfermedad.²⁵ El estrés desvía la energía del sistema inmunológico, lo que hace a una persona más vulnerable a infecciones y enfermedades malignas²⁶ por los efectos neuroendocrinos e inmunitarios que provoca. También se ha comprobado que las personas sometidas a estrés presentan hábitos de salud menos favorables que las personas que no lo sufren.²⁷

Holmes y Rahe propusieron la Teoría de los eventos vitales en 1967, eventos que se producen naturalmente y que no tienen consecuencias para el individuo, pero sí efectos acumulativos, o sea que, cuanto más eventos vitales se experimenten, hay mayores probabilidades de tener problemas de salud. Esta teoría proponía 43 eventos comunes que incluyen sucesos positivos, negativos, frecuentes e infrecuentes donde a cada uno se le asigna una puntuación en función del grado de perturbación que les había causado el evento. De acuerdo a la aplicación de esta teoría en muestras de personas, se elaboró la escala llamada de “reajuste social”, el cual se define como “la intensidad y periodo de tiempo necesario para acomodarse a un evento vital, independientemente de la deseabilidad de este suceso” (sic). Las dificultades de medir de acuerdo a una escala de apreciación del reajuste social se propician porque no todos los eventos pueden ser aplicados en función de la edad, pueden no producirse con la frecuencia para

²⁴ Oblitas Guadalupe, Luis. *Psicología de la Salud*. Ed. Plaza y Valdés, México, D. F., págs. 112-113

²⁵ Cheren, Stanley. *Psychosomatic medicine: Theory, physiology and practice*. Ed. International Universities, Madison, Connecticut, 1989, pág. 45

²⁶ Myers, David. G. y Paulina Sigaloff. *Psicología*. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires y México, 2005, pág. 546.

²⁷ Oblitas, Op. cit. pág. 81

tener efectos sobre la salud, además de que otros sucesos pueden tener ambigüedad de valor para distintas personas.²⁸

4.1. Fisiología del estrés

La respuesta al estrés se considera como una fuerza innata de los organismos vivos para mantener la homeostasis. Las respuestas clásicas de estrés, como la respiración rápida y profunda, la aceleración del ritmo cardiaco, la sudoración y temblores se deben a una mayor actividad de la rama simpática del sistema nervioso autónomo. El sistema nervioso autónomo se divide en sistema nervioso simpático y parasimpático. Ambos controlan las acciones de órganos como el corazón y la musculatura esquelética estando mediada su acción inicial por la acetilcolina. La acetilcolina conecta las neuronas de las sinapsis espinales con el tronco cerebral, actuando a continuación sobre los órganos diana. La mediación en la rama simpática viene dada por la noradrenalina y adrenalina, mientras que en la rama parasimpática es la acetilcolina la que hace esta última conexión.

La respuesta al estrés se mantiene tras la activación del sistema simpático-adrenomedular y la liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) procedentes de las glándulas adrenales. Esta activación más la del sistema hipotálamo-hipofisio-adrenocortical, permite que los órganos alteren su función normal para facilitar una respuesta adaptativa al estrés por la liberación de su propia hormona, el factor de liberación de corticotropina (CFR) que controla la hipófisis anterior para la secreción de la hormona adrenocorticotropa (ACTH), que pasa a la glándula adrenal donde son liberadas la adrenalina y noradrenalina, además de estimular la secreción de

²⁸ Morrison, Val y Paul Bennet. Psicología de la Salud. Ed. Pearson, Madrid, España, 2008, pág. 361.

cortisol, que afecta a todos los sistemas orgánicos importantes del cuerpo. El cortisol inhibe la absorción de glucosa y grasa en las células para obtener energía de forma inmediata, aumenta el flujo sanguíneo y suprime la función inmunológica inhibiendo la acción de fagocitos y linfocitos. El incremento de cortisol puede provocar que una persona sea más vulnerable a infecciones, aunque se ha señalado también que la actividad del cortisol se extingue en el estrés crónico o con factores estresantes agudos repetitivos.

La activación del sistema Hipotalámico-hipofisio-adrenocortical aumenta la producción de hormonas del crecimiento, prolactina, beta-endorfinas y encefalina, que desempeñan un papel en las enfermedades inmunológicas y la depresión.

La duración de las respuestas al estrés, como es la liberación prolongada de cortisol, adrenalina y noradrenalina suprimen la función inmunológica celular, además de tener otros efectos negativos como aumento del ritmo cardiaco, arritmias, hipertensión y enfermedades cardiacas.²⁹

5. Trastornos psicósomáticos en el paciente infantil

El estado de dependencia propio del niño hace que exprese sus emociones por medio de su cuerpo.³⁰ Autores como Winnicott, Kreisler y Ana Freud convergen sus estudios en la propuesta de que los efectos somáticos en los

²⁹ *Ibidem.*

³⁰ Jeammet, Reynaud y Consoli, Op. cit. pág. 254

niños son provocados por carencia afectiva, ya sea por ausencia del vínculo afectivo o los efectos de separación de éste.³¹

Los familiares de estos pacientes describen al individuo como niños más aletargados, de salud delicada, con ciertas desventajas físicas por los síntomas que padecen con regularidad. Los niños con problemas psicosomáticos tienen un exceso de síntomas emocionales y conductuales con cambios de humor y problemas de relación.³²

El niño tiene una escasa capacidad para la expresión verbal de sus sentimientos y emociones por la inmadurez cognitiva y el insuficiente vocabulario que posee.³³ Los niños y adolescentes difícilmente transmitirán sus conflictos a través del lenguaje, por lo que utilizan el “lenguaje orgánico” para hacer reclamos con sus quejas.³⁴

En los niños, los síntomas más comunes a estos problemas son dolor de cabeza, dolor abdominal, dolor de extremidades, fatiga, dificultad en la visión, síntomas sugerentes de desórdenes neurológicos. Los síntomas de conversión pueden presentarse con síntomas dramáticos como trastornos en la marcha, parestesia, parálisis, pseudocrisis.³⁵

De acuerdo al DSM-IV los tipos de desórdenes psicosomáticos diagnosticados en los niños y adolescentes se clasifican en:

- Desórdenes de conversión. Son los más comunes en los niños; incluyen síntomas inexplicables que afectan la función motora o sensitiva que sugieren un padecimiento neurológico u otra

³¹ Serrano Noguera, Victoria, Enrique Herrera Ceballos y Fernando Egea Marcos. Aportaciones a la Medicina Psicosomática. Ed. Universidad de Málaga, Málaga, España, 1997, pág. 27

³² Pedreira, J. L., I. Palanca, E. Sardinero, y L. Martín. Los trastornos psicosomáticos en la infancia y la adolescencia. Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente, 2001, Vol. 3 (1); págs. 26-51.

³³ J. Cornellá i Canals, Trastornos Psicosomáticos. Revista Pediatría Integral, Girona, España, 2008;XII(9):889-898.

³⁴ Luban Plozza, Op. cit. pág. 174

³⁵ Thomson, Kate, Dean Tey y Michael Marks. Paediatric Handbook, Ed. John Wiley and sons, USA, 2009, pág. 197

condición médica. Los síntomas pueden parecerse a condiciones neurológicas y dolencias físicas como pérdida de la visión, ataques, dificultad para caminar, parálisis. Los niños pueden quejarse de debilidad, problemas para caminar, hablar o escuchar. Algún trauma o abuso, pueden incrementar la probabilidad de un desorden de conversión ya que son frecuentemente detonados por factores psicológicos.³⁶

- Desorden de somatización. Empieza antes de los 30 y se extiende por años, se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales y de dolor. Aunque las quejas somáticas son comunes en los niños, el diagnóstico formal de un desorden de somatización es difícil, ya que los criterios incluyen síntomas sexuales.³⁷
- Desorden corporal dismórfico. Es la preocupación exagerada de la apariencia física o de algún defecto corporal ³⁸(con frecuencia imaginario). La percepción que se tiene del cuerpo no coincide con la real. Este desorden se asocia frecuentemente con limitaciones sociales y disforia.³⁹
- Hipocondría. Es la preocupación y miedo a padecer o la idea de tener una enfermedad grave, basada en las propias interpretaciones de la persona de acuerdo a sus síntomas o funciones corporales.⁴⁰

³⁶ Oatis, Melvin D. Psychosomatic illness in children and adolescents. Child Study Center Letter. School of Medicine of New York. Vol. 6, No. 3, Jan-Feb. 2002.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ *Ib.*

³⁹ Behrman, Richard E., Robert M. Kliegman y Hal B. Jenson. Nelson, Tratado de Pediatría. Ed. Elsevier, España, 2004, pág. 110.

⁴⁰ Oatis, Melvin D., Op. Cit.

- Desorden psicossomático indiferenciado. Se caracteriza por síntomas físicos inexplicables que duran por lo menos seis meses. Están por debajo del umbral de un diagnóstico de desorden de somatización y no coinciden con los criterios de alguno, se utiliza el término “desorden psicossomático no especificado”.⁴¹

Los cuadros clínicos psicossomáticos, organizados por sistemas orgánicos, más importantes durante la infancia y la adolescencia son en cuanto a la respiración: el asma y espasmo del sollozo. Neurológico: algias, migrañas, insomnio, tics, mareos; muchos niños sufren de múltiples dolores, la combinación más común es la de dolor de estómago y de cabeza. Se ha encontrado que los niños con dolores de cabeza frecuentes son más sensibles al dolor.⁴² Endocrinológico: retraso psicógeno del crecimiento, diabetes. Dermatológico: alopecias, dermatitis, pruritos, tricotilomanías. De alimentación y digestivo: anorexia y la bulimia, obesidad, úlceras, estreñimiento, enuresis, encopresis⁴³ y pica⁴⁴⁴⁵.

5.1. Alteraciones en función respiratoria

La respiración es un proceso fisiológico sobre el cual puede influirse de manera voluntaria, lo que nos permite observar estados fisiológicos como psicológicos.

⁴¹ Ib.

⁴² Santalahti, Paivi, Minna Aromaa, Andre Sourander, Hans Helenius, Jorma Piha. Have There Been Changes in Children's Psychosomatic Symptoms? A 10-Year Comparison From Finland. *Journal of Pediatrics*. Nov 8, 2004, págs. 434-442.

⁴³ Menéndez, 1981 en Pedreira, J. L., I. Palanca, E. Sardinero, y L. Martin. Los trastornos psicossomáticos en la infancia y la adolescencia. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 2001, Vol. 3 (1); págs. 26-51.

⁴⁴ Levenson, James L. The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine: psychiatric care of the medically ill. Ed. American Psychiatric Publications, Arlington, Virginia, EEUU, 2010, pág. 792

⁴⁵ La pica es la ingestión persistente de sustancias no nutritivas, sustancias que no son comida.

5.1.1. Asma

El asma es una enfermedad respiratoria cuya principal característica es la dificultad para expulsar el aire bronquial; es considerada como enfermedad pulmonar obstructiva y difusa, con hiperreactividad⁴⁶ de las vías aéreas a diversos estímulos y con alto grado de reversibilidad.⁴⁷ Aparece por lo general en los primeros años de vida. El asma se caracteriza por ataques de disnea grave y signos de obstrucción bronquial causada por el espasmo de la musculatura en sí, además del espesamiento edematoso-inflamatorio de las mucosas junto con hipersecreción de mucosidades en las vías respiratorias.⁴⁸ Se incluye dentro de las enfermedades psicósomáticas, ya que su desencadenamiento, desarrollo o mantenimiento se ve influido por factores psicológicos.⁴⁹

El asma se asocia a “llanto reprimido”, así como también a sentimientos de temor y ansiedad. El miedo desencadena la secreción de noradrenalina a través del sistema nervioso periférico simpático y secreción de adrenalina de la médula de las cápsulas suprarrenales. Los efectos de la estimulación simpática en el sistema bronquial en normalidad consiste en una dilatación bronquial y disminución de las mucosas, al contrario de los asmáticos, donde no se produce de forma suficiente la estimulación de los receptores β_2 (que facilitan la respiración) reaccionando ante el estrés con una respuesta vagal que puede conducir a broncoespasmos, edema e hipersecreción.

⁴⁶ La hiperreactividad bronquial es una reacción brusca y exagerada a estímulos como los climatológicos, humo, infecciones, factores psicológicos, agentes químicos o inmunológicos, pero ninguno de ellos, por sí solo, puede justificar el desencadenamiento de la enfermedad.

⁴⁷ Pedreira, J. L. Condicionantes psicósomáticos y su tratamiento en la infancia y la adolescencia: agresividad, violencia, insomnio, medios de comunicación, sida. Ed. Laertes, Barcelona, España pág. 102.

⁴⁸ Luban Plozza, Op. cit., pág.21.

⁴⁹ Pedreira, J. L. Op. cit., pág. 103.

Cuando se produce un ataque de asma se distinguen tres factores desencadenantes:

- De origen inmunológico. Alergia de tipo 1 con anticuerpo principal IgE y mastocitos con mediadores histamínicos.
- De origen infeccioso. Infecciones de vías respiratorias provocadas por virus o bacterias, además de polvo, polen, ciertos gases que se convierten en alérgenos luego de que las infecciones han provocado hipersensibilidad bronquial.⁵⁰
- De origen psicógeno. La disnea puede ser provocada por temor nervioso, dificultades respiratorias, irritabilidad, síntomas de hiperventilación y fatiga. Las reacciones emocionales pueden provocar un aumento de la actividad de forma neural directa en los segmentos vagales eferentes del sistema nervioso parasimpático y simpático, provocando así un broncoespasmo y las consecuentes molestias asmáticas.⁵¹

Las crisis de asma pueden desencadenarse por factores psicógenos o por una representación simbólica de los alérgenos, se sabe que incluso el alérgeno no produce necesariamente la crisis y que ésta puede desencadenarse sin la presencia de un alérgeno.⁵²

El perfil de personalidad del paciente asmático tiende a ser pasivo y dependiente. Manifiestan el “deseo de recibir ternura” y por otra parte “miedo ante la ternura”, ya que el paciente es inconsciente de su miedo.⁵³ Se señalan también otras características como ansiedad y timidez, pulsiones sexuales y agresión reprimidas, fragilidad emocional, necesidades afectivas

⁵⁰ Algunos componentes de perfumes pueden producir ligeros espasmos en laringe; es recomendable no utilizar perfumes ni lociones de aromas fuertes durante la atención en el consultorio.

⁵¹ Luban Plozza, Op. cit. págs. 24 y 25.

⁵² De Ajuriaguerra, Julián. Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. Elsevier, España, 1997, pág. 737

⁵³ Luban Plozza, Op. cit. pág. 26

muy intensas, poca tolerancia a las situaciones conflictivas que evita mediante la anulación de la agresividad. Tienen tendencia a la introversión y al individualismo además de excesiva dependencia y ansiedad.⁵⁴

La combinación de terapia medicamentosa y psicoterapia es el mejor tratamiento para los pacientes con asma. Dentro de la terapia no medicamentosa hay opciones de medicina alternativa como la homeopatía y la acupuntura, además de terapias diversas como pintura, psicoanálisis, reducción del estrés, terapia respiratoria, psicoterapia en grupo, terapia del comportamiento. Hay evidencia de que hay mejoría significativa con la terapéutica del comportamiento en los niños con asma.⁵⁵

5.1.2. Espasmo del sollozo

Este trastorno es causado por un paro respiratorio en exhalación durante el llanto después de una profunda inhalación. El miedo, rabia o frustración pueden desencadenarlo.

Clínicamente, el paciente se pone cianótico, puede llegar al opistótono⁵⁶, puede ocurrir pérdida de la conciencia por hipoxia y en raras ocasiones existen movimientos convulsivos. Luego de algunos segundos el niño queda hipotónico, pálido y se restablece la respiración y el tono muscular. Los espasmos se presentan con mayor frecuencia entre los 13 y 24 meses de edad.

⁵⁴ Pedreira, J. L. Op. cit. pág. 106 y 107.

⁵⁵ Luban Plozza, Op. cit. pág. 26

⁵⁶ Se denomina así a la postura anormal que se caracteriza por rigidez y un arqueado severo de la espalda.

Las formas clínicas de espasmo del sollozo son dos: la cianótica y la pálida, dependiendo del cambio de coloración que sufre el niño en la crisis.⁵⁷

La mayoría de las veces ocurren frente a personas con las que el niño convive y tiene estrecha relación de afecto. Cuando se ha recuperado puede quedar somnoliento, pero una vez que lo ha hecho totalmente, el niño continúa con sus actividades normales y no recuerda el suceso ocurrido. No hay evidencia de que los espasmos del sollozo afecten en desarrollo psicomotor de los niños.⁵⁸

En el consultorio dental, *la forma pálida o sincopal* es el tipo de espasmo que podría tener lugar durante la consulta, ya que se desencadena por situaciones de dolor o una emoción que provoque miedo. Los sucesos de este episodio pueden comenzar con un breve grito, seguido de palidez, bradicardia y pérdida de la conciencia. La duración del episodio puede ser de segundos a un minuto; antes de que el niño recobre la conciencia, puede llorar de nuevo pero la crisis no se repetirá.⁵⁹

Ante una situación de inconsciencia del niño por espasmo del sollozo en el consultorio dental se debe controlar la vía aérea manteniéndola abierta con la maniobra frente mentón y de esta manera prevenir la asfixia. Se colocará al niño en una posición donde la cabeza quede más baja que el tronco, y pueden utilizarse estímulos físicos como colocar un paño humedecido en la frente y las sienes, soplar aire o aspersión de agua.⁶⁰ Es necesario tranquilizar a los padres y hacerles notar que es necesario no reforzar la conducta después de la crisis.⁶¹

⁵⁷ Caballed, Joaquín, Ma. Jesús Camellas y Ma. Jesús Mardomingo Sanz. Las enfermedades psicósomáticas y su relación con la familia y la escuela. Ed. Laertes, Barcelona, España, 1997, pág. 114.

⁵⁸ Ibidem

⁵⁹ Ib. pág. 115.

⁶⁰ Boj, Juan Ramón. Odontopediatría. Ed. Elsevier, España, 2004, pág. 446.

⁶¹ Behrman, Richard E. Op. cit., pág. 450.



Fig. 1 Maniobra frente mentón para permear vías aéreas

Los niños con espasmo del sollozo son tratados frecuentemente por los padres con sobreprotección y extrema permisividad para disminuir las posibilidades de inducir los espasmos, pero esto puede originar problemas de conducta.⁶²

5.2. Retraso psicógeno del crecimiento

Los niños que padecen retraso psicógeno del crecimiento suelen tener un retraso de 3 desviaciones estándar de peso y altura sin una base orgánica que lo justifique.⁶³



⁶² Plata Rueda, Ernesto y Javier Francisco Leal Quevedo. El pediatra eficiente, 4ª ed. Ed. Médica Panamericana, Bogotá, Colombia, 2002, págs.433-437.

⁶³ Marcelli, Daniel. Manual de Psicopatología del niño. Ed. Elsevier, España, 2007, pág. 328.

En la etiología se describen problemas afectivos entre la madre y el niño, donde no se ha formado un vínculo normal entre ambos. Cobo señala que “el rechazo afectivo, consciente o inconsciente, de unos padres (de una madre) por un hijo puede ser el motivo de su retraso físico, además de psíquico: es decir, de un déficit psicosomático”.⁶⁴ En la madre puede haber un desequilibrio emocional de ansiedad y sentimientos de culpa, con lo que establece una relación pobre con su hijo, puede haber también problemas derivados de la relación de pareja o expresiones de que el niño no fue deseado y crear así un distanciamiento mayor.⁶⁵

Las madres de estos niños con frecuencia tienen manifestaciones depresivas, alcohólicas, ansiosas y con desórdenes de carácter. En el retraso psicógeno del crecimiento se observa un mecanismo endocrinológico: la disminución de la hormona de crecimiento.⁶⁶ También puede haber trastornos del sueño, vómito, potomanía⁶⁷, además de trastornos del comportamiento⁶⁸.

Este padecimiento es reversible y el tratamiento consiste en la separación prolongada del medio familiar: si el niño es separado de su familia, comenzará a ganar peso y estatura, pero si es devuelto a la brevedad en él, dejará de crecer nuevamente.⁶⁹ Se debe incluir el mejoramiento en la dinámica y las condiciones de vida familiar, así como la implementación de un plan médico, conductual y psicosocial. Mientras más pronto se implemente el tratamiento, el crecimiento y desarrollo del niño podrá

⁶⁴ Díaz Curiel, Juan y Ana Álvarez Cienfuegos. Trastornos psicosomáticos en la infancia. Ed. Ciencias de la educación preescolar y especial. Madrid, España, 1991, pág. 116.

⁶⁵ Casado Flores, Juan, José A. Díaz Huertas, Carmen Martínez González. Niños Maltratados. Ed. Díaz de Santos, Madrid, España, 1997, pág. 147.

⁶⁶ Marcelli, Op. cit., pág. 329.

⁶⁷ La potomanía es el deseo de beber agua en cantidades excesivas.

⁶⁸ Díaz Curiel, Op. cit., pág. 116.

⁶⁹ Ib.

reanudarse, pero si este tiempo se prolonga, podrían no lograrse de manera normal.⁷⁰

5.3. Alteraciones del sistema digestivo y trastornos de la conducta alimentaria

Las necesidades afectivas y la situación mental de una persona pueden verse reflejadas en los hábitos alimentarios.

La ingestión de alimentos es la actividad más importante en la primera etapa de la vida. El amamantamiento se traduce como un consuelo cuando el bebé manifiesta algún malestar, por lo mismo será importante el contexto dentro del cual se ejecute, para que sea una experiencia placentera. El trato que la madre tenga con el niño en los momentos de proporcionarle los alimentos será importante ya que el cariño que le proporcione satisfará mejor sus necesidades afectivas.

Los trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa, la bulimia y la obesidad tienen un componente psicológico amplio, así como ciertos padecimientos digestivos como la gastritis y la úlcera péptica se encuentran relacionados con el estrés y la ansiedad.

⁷⁰ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000991.htm>

5.3.1. Gastritis y úlcera péptica

La úlcera péptica fue la primera enfermedad identificada como un padecimiento relacionado al estrés. Algunos estudios identifican a los pacientes de úlcera como oral dependientes y con comportamientos pasivos exacerbados. Weiner, Yhaler, Reiser y Mirsky encontraron que el perfil de la mayoría de estos pacientes tiene conflictos no resueltos con la gratificación oral. Sistémicamente, se identificaron altas secreciones de pepsinógeno lo que se predice como un factor de riesgo para desarrollar úlceras. Así como la ansiedad que está relacionada con altos niveles de secreción de ácido gástrico.⁷¹

Los psicoanálisis de los pacientes con úlcera arrojan datos de que estas personas tienen necesidades afectivas regresivas expresándolas como agresividad, ambición, actividad, compensando su tendencia a la pasividad. Uzan y Bonfils han clasificado a los ulcerosos en 4 tipos:⁷²

- Hiperactivo. Comportamiento social de rivalidad y competición; rechazo de las tendencias pasivas, vida familiar desequilibrada a menudo.
- Equilibrado. Estables social y familiarmente, con algunos síntomas neuróticos.
- Inestable. Alternancia en síntomas de dependencia-independencia. Carencia familiar frecuente.
- Pasivo. Dependencia, ansiedad, depresiones, tendencia pasiva; vida familiar y social trastornada.

⁷¹ Cheren, Stanley. Psychosomatic medicine: Theory, physiology and practice. Ed. International Universities, Madison, Connecticut, 1989, págs. 60,61.

⁷² Ey, Op. cit., pág. 907.

Aunque no existe un tipo de personalidad específico en estos pacientes, Alexander reveló que hay una situación conflictiva en la cual las necesidades orales (el deseo de ser mimado, reconocido, o protegido) no han sido satisfechas. Estas personas tienen una personalidad enfocada en sí mismos y al mismo tiempo en el subconsciente está la postura que desea recibir amor, depender de otra persona y conseguir ayuda.⁷³

Las funciones estomacales como la motilidad, la irrigación y la secreción están ligadas a la actividad de los procesos nerviosos superiores y con los aspectos afectivos. La agresividad y el enojo aceleran el paso gástrico de las comidas, el miedo o las emociones lo retrasan por el espasmo del píloro. Bajo la influencia del miedo, del deseo no realizable a escapar, los pensamientos depresivos o sentimientos de desánimo, se reduce la secreción de ácido clorhídrico, la motilidad y la irrigación del estómago. El miedo crónico, los estados conflictivos aumentan la secreción del estómago y si son persistentes, producen transformaciones de las mucosas, como ocurre con la gastritis, donde son más susceptibles a ser dañadas. El enfermo psicossomático con úlcera tiene una personalidad inexpresiva, pobre en fantasía, tienen una relación rígida y mecánica con los objetos y las personas.

La bacteria *Helicobacter pylori* está dentro de la etiología de la úlcera péptica y la gastritis, sin embargo, a pesar de tener un importante papel en el desarrollo de estas enfermedades, no todos los pacientes infectados con esta bacteria desarrollan úlcera.⁷⁴



⁷³ Luban Plozza, Op. cit. pág. 68

⁷⁴ Ibid.

El tratamiento de estos pacientes es medicamentoso (con inhibidores de las bombas de hidrogeniones, antagonistas de los receptores de histamina), erradicación de las infecciones por H. pylori además de la identificación y tratamiento de los problemas y conflictos del paciente para conservar la salud en el más amplio sentido.⁷⁵

5.3.2. Bulimia y Anorexia

La anorexia nerviosa se define como una pérdida del 15% del peso calculado para la edad, talla, sexo y complexión del niño o adolescente, o por falta de aumento de peso situándose debajo del 85% del esperado, además el paciente tiene la convicción de que es una persona obesa. La anorexia es un padecimiento multifactorial, pero el principal agente causal es el deseo de delgadez, muy incitado en la cultura occidental.⁷⁶ La anorexia nerviosa puede acompañarse de condiciones psiquiátricas como baja autoestima, trastornos de comportamiento y ansiedad⁷⁷ además de dependencia excesiva, aislamiento, conductas obsesivo-compulsivas y limitaciones afectivas.

El rechazo radical hacia la ingesta de alimentos es la característica esencial de este padecimiento. El uso de laxantes, diuréticos y la provocación del vómito, trae consecuencias en el área dental. El signo más común del vómito persistente es la erosión del esmalte dental, particularmente de las superficies internas de los dientes centrales. La dentina está expuesta con frecuencia y esto puede desencadenar

⁷⁵ Idem. pág. 72.

⁷⁶ Rodríguez Sacristán, Jaime. Psicopatología del niño y del adolescente. Ed. Universidad de Sevilla, Sevilla, España, 1998, pág. 440.

⁷⁷ Alexander, June. My kid is back : empowering parents to beat anorexia nervosa. Ed. Melbourne University Publishing, Londres, 2010, pág. 55.

sensibilidad. En ocasiones en las glándulas salivales se produce un exudado no inflamatorio encontrado en las glándulas parótidas de personas con bulimia después de vomitar.⁷⁸ Otra alteración es el aumento en la incidencia de caries, que se presenta hasta en un 40% de las pacientes.⁷⁹

5.3.3. Obesidad

En la etiología de la obesidad son partícipes factores genéticos, emocionales y circunstancias ambientales y educativas. Este padecimiento consiste en un acumulo de tejido adiposo, representado en los niños con un exceso de peso del 20% de acuerdo al que deberían tener según su edad y talla.⁸⁰

El estilo de vida occidental, que pone a fácil disposición alimentos con alto contenido calórico y la vida sedentaria, ha hecho que las tasas de prevalencia de la obesidad hayan aumentado significativamente.



El estilo de comer de la familia, el medio social y la concepción estética del cuerpo están relacionados con los trastornos de conducta alimentaria. Los padres con frecuencia responden a las necesidades afectivas del niño con el ofrecimiento de alimentos, muchas veces como

⁷⁸ Morris, Jane. ABC of Eating disorders. Ed. Wiley-Blackwell, 2008, pág. 36.

⁷⁹ Tinahones Madueño, Francisco. Anorexia y bulimia: una experiencia clínica. Ed. Díaz de Santos, Madrid, España, 2003, pág. 98.

⁸⁰ Caballed, Op. cit., pág. 159.

compensación de la ansiedad de ellos mismos. El consumo de dietas hipercalóricas puede vincularse con sentimientos depresivos y temores.

La personalidad recurrente de estos niños es apática, melancólica y solitaria⁸¹, encuentran refugio en la soledad, situación que favorece los “atracones” de comida.

El tratamiento de la obesidad depende de su severidad y consiste en régimen alimenticio de acuerdo a las necesidades individuales del niño, ejercicio físico, métodos de modificación de conducta, psicoterapia de apoyo (individual o de grupo) y educación nutricional de toda la familia.

El odontólogo no siempre encontrará estrecha relación entre la prevalencia de caries dental y obesidad⁸², pero como profesional de la salud debe participar activamente en las recomendaciones dietéticas y aconsejar remitir al niño a un tratamiento integral para solucionar el padecimiento.

5.3.4. Estomatitis artefacta

Hay respuestas emocionales que se ponen de manifiesto a través de la piel y mucosas. Estos reflejos cutáneos son consecuencia de factores extrínsecos o intrínsecos y reacciones psicológicas.⁸³

La estomatitis artefacta es una ulceración en la mucosa intraoral mejor conocida como dermatitis artefacta. Las lesiones varían de acuerdo a la manera como son creadas, pero la más común es la asociada al mordisqueo de la mejilla. Generalmente la ansiedad conduce a este tipo de actividad. En

⁸¹ Luban Plozza, Op. cit., pág. 246.

⁸² Cárdenas Jaramillo Darío. Odontología Pediátrica. Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas, Lima, Perú, 2000, pág. 124.

⁸³ Serrano Noguera, Op. cit. págs. 121,123.

la mucosa bucal se producen áreas de descamación, maceramiento e hiperqueratinización. Regularmente es bilateral y no dolorosa. De manera similar, la mordedura de labio puede producir fisuras, áreas blancas de hiperqueratosis o mucocelos.⁸⁴ El tratamiento será local y sintomático.⁸⁵

5.4. Migraña

La migraña es el tipo de cefalea más común en los niños de 5 a 15 años⁸⁶, puede presentarse de forma periódica o circunstancial. Las primeras son consecuencia de alguna periodicidad neuronal innata, mientras las segundas se dan como consecuencia de circunstancias fisiológicas o emocionales. Los sucesos simbólicos que pueden desencadenar la migraña pueden ser eventos periódicamente recurrentes o fisiológicamente inducidos pero siempre investidos de una significación emocional.⁸⁷



Las migrañas circunstanciales pueden ser consideradas como reacciones a una emoción abrumadora y las situacionales como expresiones de impulsos emocionales reprimidos. Estas podrían considerarse como neurosis vegetativas.

El otro modelo de migraña, la habitual o situacional, es generada por tensiones emocionales crónicas e intensas, se considera como una expresión importante de la personalidad, siendo una creación humana de

⁸⁴ Feinmann, Harrison, Op. cit., pág. 476

⁸⁵ Serrano, Noguera, Op. cit. pág. 125

⁸⁶ Fenichel, Gerald M. Neurología Pediátrica Clínica: un enfoque por signos y síntomas. Ed. Elsevier, España, 2006, pág. 79.

⁸⁷ Sacks, Oliver. Migraña. Ed. Anagrama, Barcelona, España, 1997, pág. 262.

carácter complejo. Dentro de este modelo se encuentra el tipo de los ataques *autopunitivos* repetidos, donde la hostilidad es dirigida hacia adentro. En los niños es muy común que se presente un ataque de migraña cuando son obligados a asistir a colegios que detestan; cualquier padecimiento psicossomático puede servir al niño para protegerlo de los pavores a la vida escolar y es una indicación de que no se atreven o no pueden verbalizar de manera directa; la migraña demuestra ser elocuente y eficaz para ofrecer una expresión de sentimientos a los que se niega una manifestación adecuada de otras maneras.⁸⁸

Se encuentran entonces, varias conexiones entre el estado mental y el ataque expreso de migraña, sus síntomas son reales y tienen reacciones fisiológicas.⁸⁹ Los patrones clínicos de la migraña en niños difieren de los de los adultos, las características más frecuentes son episodios de vértigo, dolor abdominal, náuseas y vómitos. La duración de los ataques de migraña es relativamente corta y el dolor suele ser bilateral y no pulsátil.⁹⁰

La migraña en niños se presenta en edad escolar⁹¹ (de los 4 años en adelante) es decir, que la primera migraña ocurre entre los cinco y los once años de edad. En cuanto al sexo, los niños la desarrollan a una edad más temprana que las niñas; ellos la sufren con mayor severidad, aunque ellas tienen dolores de cabeza de mayor duración. Durante la adolescencia la migraña llega a tener más prevalencia en mujeres que en hombres.

⁸⁸ Ib. pág. 279.

⁸⁹ Refiriendo el ciclo de excitación e inhibición de origen centrocefálico que tiene la migraña.

⁹⁰ Davidoff, Robert A. *Migraine: manifestations, pathogenesis, and management*. Ed. Oxford, University Press, 2002, pág. 250.

⁹¹ De Ajuriaguerra, pág. 753.

La migraña es multifactorial, pero el factor genético dentro de su etiología se muestra ya que en un 90% de los casos el padre o la madre tiene antecedentes migrañosos.⁹²

Hay características psicológicas propias de estos niños que se suponen importantes para el desarrollo de crisis migrañosas como son: niños hipersensibles, con frecuencia ambiciosos, irritables, de personalidad rígida con signos de agresividad reprimida, buscan el éxito personal: sus calificaciones son buenas generalmente, ya que muestran gran aplicación en la escuela, ya que no ha sido demostrado que posean una mayor inteligencia⁹³. La tensión psicológica puede ser un desencadenante de la migraña, por lo que es recomendable la psicoterapia.⁹⁴

5.5. Síndrome de Fatiga Crónica

La definición oficial del Síndrome de Fatiga Crónica surge por primera vez en 1988, al establecer los criterios específicos por los Centers for Disease Control (CDC) donde la fatiga incapacitante, malestar en el sueño y en la concentración son principalmente característicos en este síndrome. Se presenta poco en niños, pero es frecuente en adolescentes. No se conoce la etiología de este padecimiento, aunque se le ha relacionado con secuelas de mononucleosis infecciosa (EBV) o gripe.⁹⁵

En 1994 se realizó una modificación a los criterios utilizados desde 1988, siendo para los niños igualmente aplicables, con la excepción del

⁹² Fenichel, Op. cit. pág. 79.

⁹³ De Ajuriaguerra, Op. cit., pág. 754.

⁹⁴ Ibidem.

⁹⁵ Behrman, Richard E. Op. cit. pág. 678.

criterio de duración de 6 meses, el cual fue considerado como un periodo muy largo para los pacientes infantiles.

Holmes diseña una lista de criterios par identificar a los pacientes con estos cuadros de cansancio crónico.

Criterios de Holmes ⁹⁶

A. Fatiga inexplicable grave durante cerca de 6 meses

- De inicio nuevo
- No se debe a ejercicio continuado
- No desaparece con el descanso
- Funcionalmente deteriorante.

B. Presencia de 4 o más de los siguientes síntomas nuevos:

- Deterioro de la memoria o de la concentración
- Faringitis
- Adenopatías
- Dolores musculares
- Dolores en varias articulaciones

⁹⁶ Ib. pág. 679.

- Patrones nuevos de cefaleas
- Sueño no reparador
- Malestar tras el ejercicio físico que dura más de 24 horas

C. Criterios de exclusión

- Presencia o sospecha de enfermedad activa, no resuelta
- Depresión psicótica, melancólica o bipolar
- Demencia
- Otros trastornos psicóticos
- Anorexia nerviosa o bulimia
- Uso o abuso de alcohol u otras sustancias
- Obesidad grave

Los síntomas del Síndrome de Fatiga Crónica en los niños incluyen angustia, ansiedad y una fuerte dependencia hacia los padres, además de mialgia incapacitante. Los cambios de humor y ataques de pánico son comunes; la depresión es un síntoma frecuente en los niños que presentan este padecimiento.⁹⁷

⁹⁷ Wessely, Simon. Chronic fatigue and its syndromes. Ed. Oxford University Press, Estados Unidos, 2008, pág. 286.

El cansancio suele ser crónico y no se explica por ninguna causa orgánica. Se asocia a una disminución del rendimiento académico o de las actividades diarias del niño. Las características principales son:⁹⁸

- Debilidad física y mental y agotamiento después de un mínimo esfuerzo.
- Cefaleas tensionales.
- Alteraciones del sueño.
- Problemas de concentración.
- Mareos.
- Dolores musculares
- Preocupación sobre la salud mental y física.
- Frecuentes infecciones de las vías respiratorias altas y adenopatías.

Aunque se ha relacionado a la encefalomielitis miálgica, no hay evidencia empírica de que haya alteraciones neurológicas patológicas. En los niños en edad preescolar, hay mayores problemas de conducta y emocionales, visitan al médico con mayor frecuencia y se ausentan más de las estancias o las escuelas.⁹⁹

El diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos donde también existen síntomas físicos pueden ser:¹⁰⁰

⁹⁸ Soutullo Esperón, César, María Jesús Mardomingo Sanz. Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires y México, pág. 250.

⁹⁹ *Ibidem.*

¹⁰⁰ *Ib.*

- Fobia escolar
- Anorexia nerviosa
- Trastorno depresivo
- Trastorno de ansiedad
- Mutismo selectivo
- Trastorno facticio o síndrome de Munchausen

La relación entre este padecimiento, las situaciones vitales estresantes y las características de personalidad no están aún propuestas como estándares en la etiología, aún queda investigar, de igual manera, los factores culturales y etnográficos y la eficacia de la psicoterapia y la farmacología en el tratamiento de este síndrome.

6. Abordaje terapéutico del niño con trastornos psicósomáticos

Los niños y adolescentes que padecen trastornos psicósomáticos requieren intervenciones terapéuticas de manera muy prudente, cuando se abordan intempestivamente, pueden reactivar el cuadro somático. La prioridad será atender la descompensación orgánica y somática, como si se tratara de un desequilibrio puramente orgánico y posteriormente se abordará la psicoterapia, lo que implica el conocimiento de la enfermedad de acuerdo a los principios fisiopatológicos, clínicos y psicológicos por parte del profesional de la salud.

El abordaje del niño o del adolescente debe iniciarse creando un contexto, interpretando lo que el niño expresa. No se deben descalificar los argumentos o las explicaciones del niño respecto a sus síntomas, existe una preocupación familiar sobre el problema que puede ser interpretado de múltiples maneras, desde condiciones de la adolescencia hasta de que se trata de una manifestación de la herencia, no se puede subvalorar el padecimiento.¹⁰¹

La valoración médica profesional es el primer paso en el tratamiento de un niño o adolescente que pueda padecer un trastorno psicosomático. La valoración generalmente se dirige a efectuar los siguientes procedimientos¹⁰².

- Realizar una indagación de los síntomas del niño, además de un examen físico.
- Examinar al niño sin la presencia de los padres y ver si hay cambios en su comportamiento.
- Obtener la historia psicosocial, incluyendo información acerca de los posibles estresores para diferenciar los síntomas de otro tipo de desórdenes.
- Informar a la familia acerca de la importancia de los factores psicológicos, los cuales pueden contribuir con los síntomas del niño así como a efectuar el plan para manejarlos.

¹⁰¹ Pedreira, J. L. Op. cit. pág. 223.

¹⁰² Oatis, Melvin D. Op. cit.

Los procedimientos de intervención pueden incluir las siguientes actividades.¹⁰³

- Comunicación con el médico.
- Educación del niño. Considerando la interpretación de las sensaciones corporales.
- Desarrollo y reforzamiento del comportamiento., a través de terapias individuales, familiares, conductuales y de grupo. La relajación y las técnicas biofeedback son útiles. El paciente reduce la ganancia positiva que obtiene en la terapia cuando asume el rol de enfermo porque retroalimentación es negativa.
- Identificación y tratamiento apropiado si también hay diagnóstico de ansiedad o depresión.

Se debe alentar a los padres a que afronten la situación de una manera distinta: sin dramatizar el escenario ante la reaparición de los síntomas, evitar el alarmismo, no amenazar al niño porque esto incrementaría la reacción de estrés y ansiedad, animar a hablar al niño acerca de sus emociones¹⁰⁴. Leon Kreisler¹⁰⁵ propone que “una constitución psicoafectiva plena, equilibrada y estable posee un lugar esencial entre las defensas que se oponen a las perturbaciones psicósomáticas”. La calidad de la resistencia física a la enfermedad depende en gran medida de la estructura y funcionamiento mental.¹⁰⁶

¹⁰³ *Ibidem.*

¹⁰⁴ Pedreira, J. L. Op. cit. pág. 223.

¹⁰⁵ Quien fuera responsable de la Unidad Infantil del Instituto de Psicología de París.

¹⁰⁶ Díaz Curiel, Op. cit. pág. 110.

La familia juega un papel fundamental en el tratamiento de los niños con trastornos psicosomáticos, su colaboración es importante cuando se les explica que el padecimiento de su hijo tiene procesos psicológicos que están influyendo en él. Es probable que los padres tengan ideas equivocadas acerca de la necesidad de que el niño necesite recibir un tratamiento para la salud mental, argumentando que es un niño “normal” que no presenta variaciones importantes. Se debe tratar de hacer sensibles a los padres respecto a los aspectos emocionales que pueden estar causando o exacerbando una enfermedad, para lograr que haya una iniciación al campo psicológico, que puede ser desconocido y hasta evitado por ellos.¹⁰⁷

Las quejas del niño o adolescente deben ser tomadas en serio por parte de los padres¹⁰⁸, son ellos los que tiene la oportunidad de ver a sus hijos en los diferentes estados de salud: de enfermedad, de convalecencia y de retorno hacia la salud¹⁰⁹, deben tratar de localizar exactamente las causas potenciales; el niño puede estar experimentando mucha presión escolar, sentir angustia por un conflicto familiar, cambio de escuela o de casa, la enfermedad o muerte de un familiar o amigo, o ser víctima de abuso físico o sexual.¹¹⁰

El apoyo psicosocial puede hallarse en asociaciones de autoayuda donde los pacientes y los familiares pueden reconfortarse y alentarse para resolver situaciones propias que se presentan por el padecimiento o las causas del mismo.¹¹¹

¹⁰⁷ Pedreira, J. L. Op. cit. pág. 224.

¹⁰⁸ Oatis, Melvin D.

¹⁰⁹ Díaz Curiel, Juan, Op. cit. pág. 109

¹¹⁰ Oatis, Melvin D.

¹¹¹ Pedreira, J. L. Op. cit. pág. 234.

7. Aspectos psicológicos y psicosomáticos en Odontopediatría¹¹²

El cuidado dental del niño debe comenzar desde el embarazo, con la educación de los padres acerca de la prevención de los problemas bucales más comunes. La actitud de los padres ante los padecimientos odontológicos establecerá el comportamiento de los niños en la consulta, ya que una postura temerosa por parte del niño puede ser imitación social.

La visita al odontólogo produce en muchos pacientes estrés y ansiedad. Los tratamientos odontológicos se asocian frecuentemente con dolor, con agresividad y sentimientos de culpa por parte del paciente o de los padres del niño, ya que suponen ser los causantes de sus padecimientos, convirtiéndose la culpa en uno de los factores que conducen a abandonar los tratamientos o no acudir a los controles continuos.

El miedo que presentan en la consulta o en el preámbulo de esta puede manifestarse con agresividad, actitudes de defensa como manotazos o mordiscos. Puede tener un efecto paralizante de funciones psíquicas que se exteriorizan con rigidez o incapacidad de relajación.

Es importante valorar la situación a la cual el niño teme, convirtiéndose en un aspecto fundamental la comunicación y el contacto personal entre el odontólogo, el niño y el personal auxiliar. El calor emocional y las atenciones se transmiten a través de señales no verbales, teniendo en cuenta el tono de la voz, la mirada a los ojos, el tipo de saludo y las expresiones faciales. La empatía representa la captación de la situación desde el punto de vista del paciente y entender sus sentimientos, aunque difieran de los del profesional.

La sala de espera y el mobiliario del consultorio deben transmitir alegría y relajación, la decoración y la posible utilización de música tranquila

¹¹² Luban Plozza, Op. cit., págs. 227-237.

deben crear un ambiente agradable para el niño, que no sea monótono, pero sin utilizar colores demasiado vivos que puedan estimular la intranquilidad del niño. El consultorio debe contar con lecturas adecuadas y juguetes.

En cuanto al Cirujano Dentista, la actividad que realiza en el espacio reducido que representa la cavidad oral requiere la máxima concentración, pero al mismo tiempo entra en contacto con la tensión y los temores del paciente. El nerviosismo, la inseguridad o las prisas con que se realizan los tratamientos, hacen sentir a los niños miedosos, intranquilos y agresivos.

El estrés en el profesional puede con frecuencia obligarlo a racionalizar demasiado y “desconectar” sus sentimientos.¹¹³ El Odontólogo debe ser consciente de que los tratamientos representan una experiencia estresante para los niños, quienes proyectan sus problemas personales y sus temores hacia el tratamiento, por lo que es importante conocer el ambiente familiar.

¹¹³ Esta incapacidad de la persona para captar las emociones es denominada “alexia”.

8. Conclusiones

Es de gran importancia para el profesional de la salud de todas las áreas y especialidades, considerar siempre a la persona como un todo: mente y cuerpo sin disociación

Las circunstancias sociales actuales como el trabajo arduo, la convivencia familiar pobre, la separación de la familia, los embarazos no planeados, así como las altas exigencias y expectativas que los padres promueven en sus hijos, pueden hacer que los lazos afectivos no sean enriquecidos. Es elemental que los niños se desarrollen en ambientes donde se sientan amados, más no sobreprotegidos, con una sana relación de cuidado y también de independencia.

El mundo familiar y social en el cual se desenvuelve la persona, así como los rasgos propios de su personalidad y las vivencias que tiene con las personas determinarán frecuentemente la resistencia física y psíquica ante las enfermedades. Los trastornos psicosomáticos se ven altamente influidos por factores familiares, por lo que este núcleo desarrolla una tarea importante en la comprensión y el tratamiento de la enfermedad.

Es fundamental que el tratamiento de las enfermedades psicosomáticas se ajuste a las funciones orgánicas que se han afectado pero es de igual importancia que la psicología se aplique conjuntamente para hacer un sistema terapéutico completo y aumentar su eficacia, ya que la somatización es un proceso complejo que requiere una indagación integral del entorno del paciente.

9. Bibliografía

- Alexander, June. My kid is back : empowering parents to beat anorexia nervosa. Ed. Melbourne University Publishing, Londres, 2010, pp. 252.
- Behrman, Richard E., Robert M. Kliegman y Hal B. Jenson. Nelson, Tratado de Pediatría. Ed. Elsevier, España, 2004, pp. 2618.
- Benaim Napadensky, Mireya. Los trastornos psicósomáticos: hacia un enfoque integral. Ed. Equinoccio. Baruta, Venezuela, 1986, pp. 222.
- Boj, Juan Ramón. Odontopediatría. Ed. Elsevier, España, 2004, pp. 515.
- Caballed, Joaquín, Ma. Jesús Camellas y Ma. Jesús Mardomingo Sanz. Las enfermedades psicósomáticas y su relación con la familia y la escuela. Ed. Laertes, Barcelona, España, 1997, pp.255.
- Cárdenas Jaramillo Darío. Odontología Pediátrica. Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas, Lima, Perú, 2000, pp.315.
- Casado Flores, Juan, José A. Díaz Huertas, Carmen Martínez González. Niños Maltratados. Ed. Díaz de Santos, Madrid, España, 1997, pp. 372.
- Cheren, Stanley. Psychosomatic medicine: Theory, physiology and practice. Ed. International Universities, Madison, Connecticut, 1989, pp. 623.
- Davidoff, Robert A. Migraine: manifestations, pathogenesis, and management. Ed. Oxford, University Press, 2002, pp. 511.
- De Ajuriaguerra, Julián. Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. Elsevier, España, 1997, pp. 984.

- Díaz Curiel, Juan y Ana Álvarez Cienfuegos. Trastornos psicosomáticos en la infancia. Ed. Ciencias de la educación preescolar y especial. Madrid, España, 1991, pp. 214.
- Ey, Henri. Tratado de Psiquiatría. Ed. Masson, Barcelona, España, pp.1978.
- Feinmann, Harrison y Liason Sheelah. Psichyatry and Psychology in dentistry, Journal of Psychosomatic Research, 1997 Nov. 43 (5) pp. 467-76.
- Fenichel, Gerald M. Neurología Pediátrica Clínica: un enfoque por signos y síntomas. Ed. Elsevier, España, 2006, pp. 432.
- J. Cornellá i Canals, Trastornos Psicosomáticos. Revista Pediatría Integral , Girona, España, 2008;XII(9):889-898.
- Jeammet, Philippe, Michel Reynaud y Silla Consoli. Manual de Psicología Médica. Ed. Masson, Barcelona, España, pp.344.
- Levenson, James L. The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine: psychiatric care of the medically ill. Ed. American Psychiatric Publications, Arlington, Virginia, EEUU, 2010, pp.1180.
- López-Ibor Aliño Juan José, Tomás Ortiz Alonso y María Inés López-Ibor. Lecciones de Psicología Médica. Ed. Masson, Barcelona, España, 1999, pp.708.
- Luban Plozza, Boris y Michael Balint. El enfermo psicosomático en la práctica. Ed. Herder, Barcelona, España, 1997, pp. 366.
- Marcelli, Daniel. Manual de Psicopatología del niño. Ed. Elsevier, España, 2007. pp. 580.

- Mingote Adán, José Carlos y Francisco Pérez Corral. El estrés médico: Manual de autoayuda. Ed. Díaz de Santos, Madrid, España, 1999, 109 pp.
- Morris, Jane. ABC of Eating disorders. Ed. Wiley-Blackwell, 2008, pp. 80.
- Morrison, Val y Paul Bennet. Psicología de la Salud. Ed. Pearson, Madrid, España, 2008, pp. 703.
- Myers, David. G. y Paulina Sigaloff. Psicología. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires y México, 2005, pp. 980.
- Oatis, Melvin D. Psychosomatic illness in children and adolescents. Child Study Center Letter. School of Medicine of New York. Vol. 6, No. 3, Jan-Feb. 2002.
- Oblitas Guadalupe, Luis. Psicología de la Salud. Ed. Plaza y Valdés, México, D. F., pp. 298.
- Pedreira, J. L. Condicionantes psicosomáticos y su tratamiento en la infancia y la adolescencia: agresividad, violencia, insomnio, medios de comunicacion, sida. Ed. Laertes, Barcelona, España, pp. 348.
- Pedreira, J. L., I. Palanca, E. Sardinero, y L. Martin. Los trastornos psicosomáticos en la infancia y la adolescencia. Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente, 2001, Vol. 3 (1); 26-51.
- Plata Rueda, Ernesto y Javier Francisco Leal Quevedo. El pediatra eficiente, 4^a ed. Ed. Médica Panamericana, Bogotá, Colombia, 2002, pp. 672.

- Rodríguez López, Antonio. *Psicología Médica y Psiquiatría*. Ed. Universidad de Santiago de Compostela, España, 2003, pp. 165.
- Rodríguez Sacristán, Jaime. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Ed. Universidad de Sevilla, Sevilla, España, 1998, pp. 888.
- Ruiz Ogara, Carlos. *Medicina Psicosomática*. Ed. KRK Ediciones, Oviedo, España, 2007, pp. 106.
- Sacks, Oliver. *Migraña*. Ed. Anagrama, Barcelona, España, 1997, pp. 414.
- Santalahti, Paivi, Minna Aromaa, Andre Sourander, Hans Helenius, Jorma Piha. Have There Been Changes in Children's Psychosomatic Symptoms? A 10-Year Comparison From Finland. *Journal of Pediatrics*. Nov 8, 2004, pp. 434-442.
- Serrano Noguera, Victoria, Enrique Herrera Ceballos y Fernando Egea Marcos. *Aportaciones a la Medicina Psicosomática*. Ed. Universidad de Málaga, Málaga, España, 1997, pp. 132.
- Shaw, Richard y David de Masso. *Consulta Psiquiátrica en Pediatría*. Ed. Médica Panamericana, Argentina, 2009, pp. 402.
- Soutullo Esperón, César, María Jesús Mardomingo Sanz. *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires y México, pp. 438.
- Stora, Jean Benjamin. *El estrés*. Ed. Cruz O. México, 1992, pp. 113.
- Thomson, Kate, Dean Tey y Michael Marks. *Paediatric Handbook*, Ed. John Wiley and sons, USA, 2009, pp. 656.
- Tinahones Madueño, Francisco. *Anorexia y bulimia: una experiencia clínica*. Ed. Díaz de Santos, Madrid, España, 2003, pp. 184.

Wessely, Simon. Chronic fatigue and its syndromes. Ed. Oxford University Press, Estados Unidos, 2008, pp. 440.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000991.htm>