

318322 17
2ej

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA



ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCCORPORADA A LA U.N.A.M.

DOLOR PSICOLOGICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LUISA FERNANDA LOAIZA ZAMUDIO

MEXICO, D. F.

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

272358



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 mi padre:

DR. J. JESUS LOAIZA FELIX

Por que sin ti no lo hubiera logrado nunca y que por ti soy la persona que hoy soy.

Por darme tu fortaleza e inmenso amor, enseñándome
el camino de la vida y luchar siempre conmigo.

Gracias papá, gracias por la vida que me diste y que tanto amo.

Gracias porque por ti tengo lo que he logrado.

Te amo papá.

A mi madre +:

DRA. MA. DEL CARMEN ZAMUDIO P.

Gracias mami por cuidarme siempre.

A Came y Jaz:

ING. CARMEN LOAIZA ZAMUDIO

LIC. JAZMIN LOAIZA ZAMUDIO

Por aguantar tanto y siempre estar a mi lado, se que no fue fácil y por eso les agradezco.

No saben cuanto las quiero

A Lety:

LETICIA HERNANDEZ VARGAS

Porque siempre me has ayudado sin condición y por lo que me has apoyado.

Y nunca lo he dicho: gracias por todos los detalles.

A Lety y Jesús:

LETICIA LOAIZA HERNANDEZ

JESUS LOAIZA HERNANDEZ

Por recordarme lo que mas me gusta en la vida, la niña que aún hay en mí.

A Papito y Amor:

LIC. JUSTO A. ZAMUDIO VARGAS

ALICIA PLATAS DE ZAMUDIO

Gracias por su amor.

A Tía Olguis, Olguita y Kathya:

Por ayudarme a encontrar el camino cuando no lo veía.

A Carmen y Mónica:

Gracias por los tips para estudiar y ser mis amigas.

A Jorge:

Por estar siempre. gracias G...

A Alex:

Por desvelarte a última hora por ayudarme gracias.

Al Dr. José Luis Cortés:

Por ser el máspreciado maestro, por su dedicación y por saber realmente transmitir los conocimientos.

Al Dr. Antonio Copin:

Gracias por tu valiosa ayuda

Al Dr. Ricardo Rey:

Por enseñarme a tratar de investigar de lo que se desconoce y aprender.

A DIOS:

Por permitirme esta vida.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I.

1.- DOLOR	
1.1 Principios generales	1
1.2 Vías del dolor	2
1.3 Percepción del dolor	3
1.4 Significado del dolor	3
2.- DOLOR AGUDO	3
3.- DOLOR CRÓNICO	3
4.- Comorbilidad psiquiátrica asociada	4
5.- DOLOR FANTASMA	5

CAPITULO II.

1.- EL DOLOR DE ORIGEN PSICOLOGICO O PSICOGENO	
1.1 Definición	7
1.2 Manifestaciones en el paciente y diagnóstico	7
1.3 Diagnóstico diferencial	8
2.- PRODUCCION Y ASPECTOS DEL DOLOR PSICOLOGICO	9

CAPITULO III

TRASTORNOS MENTALES CON DOLOR

1.- ANSIEDAD	13
2.- ESTRÉS Y TRASTORNOS DE AJUSTE	14
2.1 Clasificación y datos clínicos	14
2.2 Diagnóstico diferencial	15
2.3 Pronóstico	15
3.- TRASTORNOS DEL ANIMO	
3.1 Bases para el diagnóstico	15
3.2 Consideraciones generales	15
3.3 Datos clínicos	16
3.4 Diagnostico diferencial	17
3.5 Pronostico	17
4.- TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS Y OTROS PSICOTICOS	
4.1 Bases para el diagnóstico	18
4.2 Consideraciones generales	18
5.- TRASTORNOS SOMATOFORMES	
5.1 TRASTORNO POR SOMATIZACION	19
5.1.1 Epidemiología	19

5.1.2 Etiología	19
5.1.3 Rasgos clínicos	19
5.1.4 Curso y pronóstico	19
5.1.5 Diagnóstico	19
5.2 TRASTORNO POR CONVERSION	
5.2.1 Definición	22
5.2.2 Epidemiología	22
5.2.3 Etiología	23
5.2.4 Curso y pronóstico	24
5.3 TRASTORNO POR DOLOR PSICOGENO	
5.3.1 Diagnóstico	26
5.3.2 Etiología	26
5.4 HIPOCONDRIASIS	
5.4.1 Definición	27
5.4.2 Epidemiología	28
5.4.3 Etiología	28
5.4.4 Rasgos clínicos	28
5.4.5 Curso y Pronóstico	29
CAPITULO IV.	
TRATAMIENTO	31
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFIA	35

INTRODUCCION

Con el paso del tiempo la tecnología avanza a pasos agigantados, pero existen ideas y teorías las cuales son de un dominio común, y por esto existen varias maneras con las cuales podemos explicar cualquier tema; por ejemplo en el presente trabajo expondré acerca del dolor en general, ¿qué es?, ¿cómo se origina?, y ¿cuáles son las vías del dolor?, pero en específico hablare sobre el dolor psicológico; este tipo de dolor es de carácter indefinido, sin relación patológica y carece de evidencias objetivas.

El principal objetivo es la capacidad de saber diferenciar estos tipos de dolor ya que las manifestaciones del dolor psicológico son muy similares a las del dolor orgánico, por lo que su diferenciación es compleja y la base principal es un diagnóstico temprano pero sobre todo correcto.

Este trabajo trata de dar un enfoque objetivo al tema ya que el dolor es una de las principales características con las que el clínico tiene la necesidad de afrontar y sobre todo tratar.

Espero que este sea una punta de lanza, para que el clínico tenga la capacidad de conceptualizar las diferentes formas con las cuales puede obtener una diferenciación entre el dolor fisiológico y el dolor psicogénico aunque sea difícil ya que una esta relacionada a una patología fisiológica y el dolor psicogénico no esta relacionado a ningún desorden clínico.

Esperando también que sea de gran ayuda a mis compañeros y que mi querida universidad la acoja para que sirva al progreso de nuevas generaciones

CAPITULO I

DOLOR

El dolor es una sensación extraordinariamente importante en virtud del papel que desempeña para la protección del organismo contra los riesgos del medio ambiente, es el síntoma más común que obliga a los pacientes a buscar atención médica, ya que puede proporcionar al clínico información diagnóstica importante. Como el dolor es un fenómeno altamente subjetivo, puede ser difícil interpretar la descripción del enfermo. La información sobre las horas en que se presenta, su naturaleza, gravedad, localización e irradiación es crucial para el tratamiento adecuado; lo mismo es cierto, para los factores que lo agravan o alivian.

El Dr. Juan Arau, define el dolor como una experiencia psicológica y sensorial, molesta y desagradable, asociada con un daño potencial o real a los tejidos.

Se conoce como *UMBRAL DEL DOLOR*, al punto en el cual este empieza a percibirse y se sabe a ciencia cierta que puede variar de intensidad de persona a persona y aún en el mismo sujeto en diferentes circunstancias (astenia, estrés, etc.).

El aspecto desagradable del dolor, puede aumentar o disminuir, por la interacción de estados emocionales "sin que varíe en modo alguno el umbral fisiológico para el dolor".

El umbral de percepción del dolor es el mismo en la mayoría de las personas, pero puede disminuir cerca de 40% - incluso más en algunas personas- mediante biorretroacción, un estado emocional positivo, ejercicios de relajación, terapia física u otra actividad física, meditación, imaginación guiada, sugestión, hipnosis, un placebo o analgésicos.¹

El dolor fue llamado por Sherrington como "el adjunto psíquico de un reflejo protector imperativo", ya que los estímulos dolorosos generalmente inician potentes respuestas para evitar o aliviar el dolor.

La valoración del dolor resulta difícil ya que constituye un fenómeno del todo subjetivo, especialmente al distinguir los factores orgánicos de los psíquicos pues en ocasiones ambos factores contribuyen a la expresión final del dolor.

El dolor desempeña un papel de vital importancia en la protección de nuestro cuerpo, ya que nos indica el inicio y la evolución de la mayoría de los padecimientos tomando en cuenta que los receptores del dolor se estimulan cuando los tejidos del cuerpo están siendo dañados.

Entre la gran variedad de estímulos dolorosos podemos encontrar los traumáticos, isquémicos, térmicos e inflamatorios (por irritación química). Se acepta que toda lesión en los tejidos, libera sustancias capaces de estimular las terminales nerviosas sensibles al dolor. Entre estas sustancias se pueden mencionar a la histamina, bradicinina, iones de

¹ ARAU, Juan; "Anestesia en odontología"; Ed. por Miguel Angel Canales Najar; México, 1997.

potasio, los lactatos y a la hidroxycristamina, siendo la bradicinina, posiblemente la sustancia más frecuentemente liberada.

El dolor puede clasificarse en términos generales en tres tipos diferentes:

1. Punzante, Se percibe cuando existe irritación de los tejidos en forma difusa pero intensa (ej. Odontalgia)
 2. Lancinante (quemante), Suele ser de gran intensidad y posiblemente es la variedad de dolor que hace sufrir más a los pacientes (ej. Neuralgia del trigémino).
 3. Continuo, Generalmente no se percibe en la superficie del cuerpo ya que se trata de dolor profundo que suele causar diversos grados de molestia (ej. Lesiones tumorales).²
- Otros términos para describir al dolor son: pulsátil, cólico, calambre.

Vías del dolor

Los receptores periféricos para el dolor son terminaciones desnudas de redes ramificadas de fibras nerviosas finas que se encuentran en casi todos los tejidos del organismo.

Las fibras del dolor son de dos tipos:

1.- Mielinizadas.- Fibras de tipo "A" de 2 a 5 micras de diámetro que conducen a velocidades de 12 a 13 milisegundos. Existen fibras A, A- beta (β) y A- delta (δ).

2.- No mielinizadas.- Fibras de tipo "C" de 0.4 a 1.2 micras de diámetro. Ambos grupos de fibras, terminan en el fascículo espinotalámico lateral donde relevan a sus neuronas, permitiendo que los impulsos dolorosos asciendan a través de este fascículo y de los núcleos posteroexterno y posterointerno ventrales del tálamo, hasta la circunvolución parietal ascendente de la corteza cerebral.

La pulpa dental presenta fibras tipo A A, en su parte periférica, lo que confiere a la pulpa una respuesta dolorosa, rápida, en caso de procesos inflamatorios agudos. En su porción central presenta fibras C que responden en procesos crónicos.

Al darse un estímulo nocivo, éste es recibido por terminaciones libres ubicadas en todo el organismo y son llevadas hacia la médula espinal a través de neuronas aferentes. Éstas penetran en la médula espinal por las astas posteriores, haciendo sinapsis con una neurona intercalar que decusa el impulso nervioso; debido a esto se recibe la información del estímulo en el lado contrario del cerebro. El impulso sube por la médula espinal hasta el núcleo mental posterior del tálamo ahí se releva para llegar a la corteza cerebral lóbulo parietal a la altura de la cisura post – Rolándica, lugar donde se manifiesta la percepción del dolor.

² ARAU, Juan *idem*

Percepción del dolor

Los estímulos dolorosos se hacen conscientes e identifican cuando llegan al tálamo por intermedio de la vía del dolor. En el tálamo no se aprecia más que la percepción dolorosa, ya que la integración del dolor, va a ser aportada posteriormente en la corteza parietal donde los estímulos dolorosos son integrados con otros estímulos sensitivos.

Significado del dolor

Los significados psicológicos y socioculturales de una lesión y su dolor asociado pueden ser factores básicos determinantes de la gravedad del dolor, ya que la magnitud de la lesión física no se correlaciona necesariamente con la cantidad de dolor percibido. Beecher³ (1959) observó que los soldados estadounidenses que regresaban heridos de la batalla en Anzio, Italia, durante la Segunda Guerra Mundial, informaron no sentir dolor en sus heridas. Las dos terceras partes de los soldados no tomaban medicación cuando se les ofrecía, en comparación con 20% de los civiles. Al parecer la percepción del dolor había disminuido por el alivio que sentían de sobrevivir; sin embargo, los civiles se preocupaban más por la lesión no deseada. Existen otros ejemplos en que las personas perciben el dolor pero no les preocupa. Pavlov enseñó a los perros a esperar e incluso a parecer complacidos por un choque eléctrico o herida cuando recibían alimento después de él.

DOLOR AGUDO⁴

Factores fisiopatológicos

- Biológicamente útil, sirve de aviso de lesión tisular inminente
- Bien definido
- Respuesta valiosa (lucha, huida) ante el estrés

Factores psicológicos

- Expectativas de aparición y resolución
 - Interacción de factores sociales, culturales y de personalidad
 - La ansiedad aumenta la percepción
 - Pueden estar implicados factores económicos y domésticos
 - No suele estar presente un posible beneficio secundario
-

DOLOR CRÓNICO

El tiempo que dura el dolor se utiliza a veces de forma arbitraria para definir el dolor crónico. Sin embargo, el tiempo no es uno de los rasgos diferenciales de este tipo de dolor. Los criterios esenciales del dolor crónico se relacionan con aspectos cognitivos-conductuales, más que con un componente nociceptivo. Los otros tipos de dolor, agudo, postoperatorio, terminal, pueden ser prolongados, pero no son <crónicos> si mantienen sus características fisiopatológicas y psicológicas originales.

³ CARLSON, Neil R.: "Fundamentos de psicología fisiológica" Edit. Prentice Hall. 3ª edición, 1996; pág 196

⁴ RAJ, P. Prithvi; " Tratamiento práctico del dolor" Edit. Mosby, 2ª edición; 1995, pág. 2

DOLOR CRÓNICO⁵

Factores fisiopatológicos

No es útil biológicamente

Mal definido

No se produce respuesta ante el estrés

Factores psicológicos

Es significativa una personalidad premórbida

Puede ser una expresión de psicosis o neurosis

Es frecuente la depresión

Existe un beneficio secundario

El sujeto desarrolla el papel de enfermo

Suele estar presente una conducta anormal de enfermedad

El dolor puede ser simultáneamente un síntoma y una defensa contra el estrés psicológico. Los factores psicológicos pueden hacer que una persona se preocupe somáticamente y magnifique incluso sensaciones normales convirtiéndolas en un dolor crónico. Los pacientes pueden responder excesivamente al dolor por motivos personales, sociales o de ganancia económica secundaria. El dolor crónico puede ser una forma de justificar el fracaso o de establecer relaciones con los demás.

Un gran número de estados emocionales y trastornos psiquiátricos puede dar lugar a un síndrome crónico de dolor (ver comorbilidad psiquiátrica asociada). Asimismo, cualquier tipo de dolor continuado es estresante y produce cierto grado de desorganización de la personalidad porque indica que el organismo fracasa en mantenerse o protegerse de algún modo. El dolor crónico y excesivo puede producir una reacción psicológica denominada "choque de dolor", manifestada por una irritabilidad crónica, ansiedad, depresión, fatiga, insomnio y problemas laborales y familiares. El dolor continuado comporta una baja actividad que puede determinar atrofia, debilidad y mayor incapacidad.

Los pacientes con dolor crónico suelen ser personas de edad madura o avanzada, pertenecer a un estrato socioeconómico bajo y a grandes familias con muchos hermanos; suelen tener más familiares con enfermedades dolorosas que han recibido compensaciones por incapacidad y tener una historia de más lesiones y enfermedades dolorosas.

COMORBILIDAD PSIQUIATRICA ASOCIADA

Se han descrito seis condiciones psiquiátricas asociadas a pacientes que sufren dolor crónico, las cuales se explican brevemente a continuación (para más información ver capítulo de trastornos mentales):

Depresión: utilizando los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual* revisado DSMIII-R se ha encontrado que el 60% de los pacientes evaluados en una unidad de tratamiento para dolor crónico presenta alguna forma de depresión. La depresión mayor se diagnostica en el 25% de los pacientes. Los pacientes deprimidos son especialmente propensos al desarrollo del dolor crónico, y si la depresión es grave, el paciente puede desarrollar delirios de cáncer, podredumbre u otras metáforas de decadencia. La dificultad está en la identificación de los síntomas depresivos, pues estos aparecen negados u ocultos.

⁵ RAJ, P.Prithvi, *ibidem*, pág.11

El interrogatorio debe orientarse cuidadosamente a precisar síntomas vegetativos: insomnio, cambios en el apetito y peso corporal, capacidad para disfrutar de las actividades habituales, disminución del deseo sexual y en general de la calidad de vida. Es importante evaluar también el grado de compromiso de las funciones cognitivas, como concentración, memoria y capacidad de decisión.

Ansiedad: los trastornos ansiosos se encuentra en el 30% de los pacientes con dolor crónico. Las dificultades de identificación son similares a las descritas para la depresión; el paciente teme ser sorprendido o descalificado en la autenticidad del dolor. Los trastornos ansiosos que cursan sin un tratamiento adecuado se complican a menudo con abuso y dependencia de sustancias psicoactivas especialmente alcohol y benzodiazapinas.

Trastornos somatoformes: comprende un grupo de cuadros clínicos en el cual el dolor corporal y la angustia por la enfermedad física son el fenómeno clínico central. Las quejas somáticas ocurren en ausencia de hallazgos orgánicos o mecanismos fisiopatológicos que expliquen los síntomas. (ver capítulo de trastornos mentales asociados). Alcanzan una prevalencia de 5 a 15%.

Trastorno ficticio con síntomas físicos: el fenómeno esencial es la producción intencional de síntomas físicos, con el propósito de mantener el papel de enfermo. Estos pacientes demandan un alto número de consultas médica y exámenes de laboratorio, desarrollan adicciones a analgésicos o benzodiazepinas.

Psicosis: diversas formas de psicosis pueden manifestarse con dolor, entre ellas la esquizofrenia, las psicosis secundarias a trastorno orgánico cerebral y las diferentes formas de demencia. El dolor adquiere el carácter de delirio, con una presentación bizarra en su distribución corporal y en sus cualidades descriptivas. Normalmente el dolor es parte de una cohorte de síntomas psicóticos y rara vez es el síntoma único.

DOLOR FANTASMA

Esta sensación de dolor ocurre después de la amputación de un miembro. Después de haberlo extirpado, hasta un 70% de las personas informan que sienten como si aún contaran con la extremidad faltante, y que, incluso, les duele con frecuencia. Este fenómeno se conoce como **miembro fantasma** (Melzak, 1992).⁶ Las personas con miembros fantasma informan que los sienten muy reales, y muchas veces dicen que al tratar de alcanzarlos, sienten como si respondieran. A veces lo perciben como una auténtica extensión de su cuerpo y se sienten compelidos a protegerla de golpes contra el marco de una puerta o evitan dormir en una posición que implicaría aplastarla con el peso del cuerpo. Ha habido personas que han reportado todo tipo de sensaciones en miembros fantasma, incluyendo dolor, presión, calor, frío, humedad, comezón, sudor y punzadas.

La explicación clásica del fenómeno de los miembros fantasma se remite a la actividad de los axones sensoriales pertenecientes al miembro amputado. Se presume que esta actividad es interpretada por el sistema nervioso como procedente del miembro faltante. Cuando los nervios son cortados y no se restablecen las conexiones entre las partes proximal y distal, los extremos cortados de las secciones proximales forman nódulos conocidos como *neuromas*.

⁶ CARLSON, Neil R., *idem*

Mezack sugiere que la sensación del miembro fantasma es inherente a la organización de la corteza o lóbulo parietal. La corteza parietal participa en la toma de conciencia de nuestro propio cuerpo. Ciertamente, se sabe de personas con lesiones del lóbulo parietal (en especial el hemisferio derecho) que impulsan sus propias piernas fuera de la cama, creyendo que pertenecen a otra persona. Mezack informa que algunas personas que nacieron careciendo de algún miembro, no obstante experimentan sensaciones del miembro fantasma, lo que sugeriría que el cerebro está programado a nivel genético para proporcionar sensaciones a las cuatro extremidades.⁷

⁷ CARLSON, Neil R., *ibidem* Pág. 197

CAPITULO II

EL DOLOR DE ORIGEN PSICOLOGICO O PSICOGENO

El dolor es una sensación que tiene un gran significado emocional y está relacionado con la ansiedad. El significado que tiene el dolor esta relacionado con las bases culturales, experiencias vividas y reacción emocional e intelectual del paciente. Por eso es más probable que el dolor tenga significación simbólica en relación con varias fases de la vida del paciente.

El entender la relación estrecha que existe entre la sensación de dolor y el significado emocional, es simbólico. El tener dolor es de suma importancia en el diagnóstico, ya que cuando el médico o dentista hace un diagnóstico se basa principalmente en la descripción del paciente y en su percepción subjetiva o anamnesica, el médico debe ser capaz de hacer un mejor diagnóstico mediante la evaluación correcta del interrogatorio dado que el entendimiento psicológico nos llevara a formar parte del cuadro de diagnóstico diferencial cuando este es justificable.

DEFINICION

El dolor psicogénico se define como aquel que tiene un carácter indefinido, no tiene ninguna relación patológica, y carece de evidencias objetivas.

Una de las principales evidencias del dolor psicógeno es la distribución del mismo, ya que generalmente no se localiza en ninguna estructura anatómica definida, eventualmente se encuentra asociado a acontecimientos que someten al paciente a una situación de tensión o presión psicológica y por lo tanto provocan ansiedad.

MANIFESTACIONES EN EL PACIENTE Y DIAGNOSTICO

Generalmente el paciente se presenta quejándose de dolor, de carácter difuso y mal definido con respecto a su localización. La mayoría de las veces, el dolor es de intensidad baja, pero prolongado, y la reacción del paciente es de preocupación y ansiedad.

Es evidente, que el diagnosticar dolor psicogénico necesita de mucho cuidado y debe realizarse después de consultar con otros especialistas; para ello, se necesita remitir al paciente a otros estudios, generalmente realizados por el neurólogo, otorrinolaringólogo, o médico internista. El diagnóstico del dolor psicógeno sólo puede ser establecido por un psiquiatra experimentado y una vez excluida exhaustivamente cualquier patología somática. Comúnmente se presenta en síndromes psiquiátricos tales como las reacciones de conversión, la hipocondriasis, las reacciones depresivas y la esquizofrenia.

Antes de decidir si el dolor es psicogénico, hay que tomar en cuenta las siguientes posibilidades:

- 1.- Si los síntomas que el paciente presenta están relacionados con alguna patología específica.
- 2.- Si puede haber la posibilidad de que alguna patología no haya sido detectada en determinado tiempo, desde que empezaron las manifestaciones del paciente.

El diagnóstico del dolor psicogénico, se debe realizar en más de una cita con el paciente, esto nos proporcionará:

- a) Control de varios tratamientos; uno de los más importantes es el efecto del placebo.
- b) Remitir al paciente a consulta y recibir información por parte de otros médicos.
- c) Conocer mejor el tipo de pacientes
- d) Formar buenas relaciones con el paciente, lo cual nos pueda proporcionar actitud de confianza, para poder después remitirlo a una ayuda psicológica.

En conclusión hay que advertir que el diagnóstico de origen psicogénico puede obstruir la emisión de un diagnóstico claro.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DOLOR Y DOLOR PSICOLOGICO⁸

	DOLOR	DOLOR PSICOLOGICO
TIEMPO DE APARICIÓN	Cualquier hora. Puede despertar al enfermo.	Habitualmente comienza después de despertar, cuando existe la presión de obligaciones sociales.
IRRADIACIÓN	Sigue vías nerviosas bien definidas.	De propagación extraña o no irradia.
LOCALIZACIÓN	Dolor a la palpación, puntiforme, típico.	Variable, móvil, generalizado.
EVOLUCIÓN	Mejora o empeora rápidamente.	Permanece igual por semanas, meses o años.
PROVOCACIÓN	Con frecuencia se reproduce o exagera con pruebas o maniobras y no por estado de ánimo.	No se presenta o se acentúa por la exploración si no por motivos personales.

⁸ KRUPP, Marcus A., "Diagnóstico clínico y tratamiento"; Edit. El Manual Moderno. 1975; pág.475

PRODUCCION Y ASPECTOS DEL DOLOR PSICOLOGICO

El dolor puede ser producido por dos clases de mecanismos. El primero puede resultar de la estimulación externa del Sistema Nervioso Central que tiene funciones de sensibilidad periférica. Y el segundo puede ser producido directamente a partir del Sistema Nervioso Central (psicógeno).

Desde el punto de vista del desarrollo individual, la capacidad para experimentar dolor se adquiere primero por medio de experiencias inducidas en la periferia; pero en la niñez temprana, las experiencias dolorosas al igual que los sueños y otras alucinaciones visuales o auditivas, comienzan a presentarse sin que haya la estimulación correspondiente de los órganos terminales a medida que las experiencias de la memoria se acumulan en el cerebro. Es decir, las experiencias dolorosas pueden ser vívidamente recordadas y como los recuerdos de otras experiencias sensoriales, pueden presentarse de una manera real en forma de alucinaciones. Tal dolor es originado dentro del SNC, y puede o no, corresponder exactamente en su localización a la distribución periférica de los nervios. Además, su misma calidad, intensidad y frecuencia, pueden tener significación y representación simbólicas, que hacen típicas las diversas especies de asociaciones y complejas generalizaciones hechas posibles por el cerebro del hombre.

El dolor originado en la periferia puede ser precipitado por emociones intensas tales como la cólera, la ansiedad, miedo, culpabilidad y vergüenza, que provocan diversas alteraciones fisiológicas en el organismo. Alguno de estos cambios son el aumento en la tensión muscular, vasoconstricción, taquicardia, etc. Estos cambios fisiológicos, si son prolongados pueden estimular las terminaciones nerviosas periféricas dolorosas. Este dolor es localizado, difuso o muy preciso, y se encuentra en la zona de la estimulación periférica nerviosa.

El dolor originado en los centros cerebrales se llama algunas veces "dolor psicógeno" y comúnmente se presenta en síndromes psiquiátricos tales como las reacciones de conversión, la hipocondriasis, las reacciones depresivas y la esquizofrenia. También se precipita por la movilización de las emociones fuertes como la cólera, la ansiedad, miedo, la culpabilidad, pero quedan comprendidas también las configuraciones psicológicas más complicadas.

La localización del dolor puede ser determinada, por ejemplo, por la identificación inconsciente con alguna persona amada, ya sea que el dolor sea sufrido por el paciente cuando se encuentra en conflicto con esta persona, o como dolor sufrido por la persona amada, de hecho o como fantasía del paciente. Estos tipos de dolor pueden verse asociados a sentimientos de culpabilidad que martirizan al paciente, y el dolor es entonces un medio de expiación. El dolor puede resultar de la frustración de impulsos agresivos muy fuertes, y es entonces experimentado en vez de la sensación de agresión eficazmente descargada, o del sentimiento de consumación. El dolor puede servir como sustituto de una pérdida real o de la amenaza de pérdida de alguna relación humana importante. El dolor puede ser una experiencia buscada por los pacientes que tienen cierta estructura, que son intolerantes del

éxito y que, como resultado de defectuosa educación y de conceptos erróneos que se originan en la niñez, tienen la idea de que el placer y el dolor de los sujetos humanos sería sólo permisible, si acaso, a través del sufrimiento, de la excesiva humildad, y si es preciso hasta de la humillación.

El sentido y el significado del dolor puede comprenderse mediante la vuelta a las primeras experiencias de la vida de la persona en una determinada familia o ambiente cultural.

Para el niño, el dolor se enlaza a otras experiencias desagradables, como el hambre o la sed, y su respuesta habitual es el llanto y el aumento de la actividad motora. El llanto hace acercar a la madre con comida y consuelos y el alivio del dolor se asocia entonces a la atención materna y al amor. El niño aprende rápidamente la relación entre dolor y castigo, ya que la madre castiga al niño infligiéndole dolor y retirándole el amor. Pronto comprende el niño que puede por medio de la agresión causar también dolor a los demás. El lazo emocional entre dolor y amor se establece antes de que el niño pueda comprender la conexión entre el dolor y su origen.

Las experiencias dolorosas más frecuentes en la infancia son simples lesiones que atraen la atención y el cariño de la madre. La madre excesivamente protectora, ansiosa o solícita puede responder de manera exagerada a la lesión del niño, el cual comprende gradualmente que ésta es una forma de satisfacer sus necesidades. Si hay un familiar que es un enfermo crónico y recibe las atenciones de la familia, el niño puede, por envidia, sufrir también dolor con el fin de obtener el mismo cariño y atenciones. Una madre excesivamente castigadora puede prodigar atenciones especiales a un niño después de castigarle. Todas estas experiencias infantiles influirán sobre la futura actitud del niño frente al dolor y al significado que le da.

Cuando el dolor se utiliza de manera excesiva para adaptarse al ambiente, se puede suponer que en las primeras épocas de la vida era también un método para obtener beneficios. Penman afirma: " Para algunos enfermos, incluso los que tienen dolor crónico más intenso... llega a ser una posesión atesorada. Cuando se curan, se deprimen o reiteran con exceso la inevitable nostalgia de la cura, o encuentran otros síntomas".

Como se menciono antes; una observación clínica frecuente es que el mismo individuo, en épocas distintas, tolera de forma muy distinta el dolor. Y las reacciones a los mismos estímulos dolorosas son muy distintas en diferentes individuos. La alteración en el estado emocional de una persona tiene un profundo efecto en su respuesta a un estímulo doloroso. El éxito o fracaso de los agentes terapéuticos ejerce una gran influencia en la actitud del sujeto.

Aunque el dolor se experimenta en una localización específica, no es necesario que la sensación se relacione con la estimulación dolorosa de las terminaciones sensitivas de aquella región. La sensación dolorosa puede percibirse sin ninguna estimulación periférica, como en los sueños, en las alucinaciones o en los miembros fantasmas dolorosos. Desde el punto de vista del individuo, la percepción del dolor es real, con indiferencia de su origen, tanto si es orgánico como psicógeno.

El dentista debe estar atento a la posibilidad de que el dolor sea de origen psicógeno cuando nada indica la enfermedad orgánica y el síntoma es banal, inconsistente y no sigue el trayecto del nervio. En estos casos, el inicio del dolor puede relacionarse con un trauma psicológico, o puede haber una historia antigua de repetidos episodios de dolor persistente. Además, el síntoma puede tener un significado para el enfermo. La sensación puede volver a presentarse o aumentar de intensidad cuando se discute un asunto particular o puede persistir más allá del período habitual de una enfermedad determinada. El dolor psicógeno puede calmarse en ocasiones con tratamientos hipnóticos o de un sedante cuando los analgésicos tienen poco o ningún efecto.

La comprensión del panorama cultural del enfermo, así como sus experiencias anteriores, son esenciales en el tratamiento de los síntomas dolorosos. Zborowski ilustró la importancia de las actitudes culturales hacia el dolor. Observó en un estudio la respuesta al dolor de los miembros de familias italianas, judías y de la tercera generación americana. Las conclusiones de este estudio fueron que para algunos enfermos es esencial el alivio inmediato del dolor, mientras que para otros es más importante la disminución de la ansiedad que afecta al origen del dolor.⁹

El dolor está asociado a elementos de culpa, castigo o debilidad. A menudo se relaciona con el superego o consciencia, y por ello puede mirar al dentista como una persona castigadora, destructiva o agresiva.

Generalmente, el enfermo con sensación de culpabilidad inconscientemente elige el dolor como síntoma. Las características de este enfermo crónico son la depresión, la conducta auto-destructiva, la tendencia al desastre o al accidente, y las relaciones interpersonales insatisfactorias o punitivas. Este enfermo tiene en la historia antecedentes de muchas intervenciones quirúrgicas y dolorosas. El dolor puede llegar a ser una fuente de satisfacción y, en algunos enfermos, de placer sexual.

Gilbert describe una enferma que padecía un dolor intenso intratable del cuadrante izquierdo del maxilar que no se acompañaba de ningún signo físico. El dolor comenzó en el funeral de su hermana hacia la que ella tenía sensaciones ambivalentes y de culpabilidad. En algunos de estos enfermos, el alivio de la sobrecarga o la resolución de problemas difíciles pueden provocar el dolor. También se debe estar atento a la resistencia silenciosa o pasiva en un gran dolor por parte del enfermo, ya que ello puede representar una forma de castigo.¹⁰

Gross afirma que en un grupo de enfermos que padecían dolor crónico en los dientes o en los maxilares había un conflicto emocional acompañante asociado a un desequilibrio sexual o social. En otro estudio de 35 casos que se quejaban de dolor en la articulación mandibular, 31 enfermos estaban visiblemente ansiosos, 11 eran psicóticos o bordeaban la psicosis y 10 padecían depresión marcada. El rechinar de dientes fue una manifestación común frecuente y la mayor parte de estos enfermos estaban empeñados en un esfuerzo

⁹ ZEGARELLI, Edward V; "Diagnostico en patologia oral"; Ed. Salvat, 1979; pág.35

¹⁰ ZEGARELLI, Edward V; *ibidem*, pág. 36

para controlar el furor. La contracción de los músculos de los maxilares produce espasmo y dolor muscular. Una vez que se ha emprendido el tratamiento radical, los enfermos son incapaces de volver a los métodos más sencillos.¹¹

Por lo general, los enfermos no sólo anticipan el dolor sino también el alivio del mismo. La preocupación y el interés del médico disminuyen frecuentemente el dolor antes de que se administren analgésicos.

¹¹ ZEGARELLI, Edward V.; *idem*

CAPITULO III

TRASTORNOS MENTALES RELACIONADOS CON DOLOR

Aunque muchas condiciones pueden influir en el trastorno del dolor orofacial, solo algunos son tratados en este capítulo, por ser los más comunes.

ANSIEDAD

La ansiedad es una respuesta normal a amenazas dirigidas contra el cuerpo, posesiones, modo de vida, seres queridos, o valores acariciados. Es normal durante un esfuerzo extremo o una situación de la vida cambiante rápidamente y que requiere una adaptación continua. La ansiedad "normal" acicatea al individuo a la acción útil y desempeña un papel importante en el cambio benéfico y en el crecimiento de la personalidad. Como contraste, la ansiedad excesiva no sólo hace infeliz al individuo sino que tiene un efecto deletéreo sobre su funcionamiento.

La ansiedad es primariamente un estado subjetivo consciente diferentemente descrita como una emoción, un afecto o un sentimiento. Se manifiesta por ciertas clases de conducta y va acompañada por cambios fisiológicos característicos.

Que la ansiedad sea normal o anormal depende de su intensidad duración y de las circunstancias que la causan. En el uso común el miedo y la ansiedad se diferencian con frecuencia en que el miedo es la respuesta a un peligro real y la ansiedad el resultado de causas oscuras e irracionales. Esta diferencia es difícil de sostener consistentemente y tiene solamente un valor práctico limitado. La ansiedad intensa, desorganizada comúnmente se denomina "pánico".

La ansiedad intensa constriñe el alcance de las actividades cotidianas del individuo y disminuye su productividad en el trabajo. Puede alterar la concentración, la memoria, el raciocinio abstracto, la habilidad para calcular y la eficacia psicomotora.

La ansiedad se considera como patológica:

- 1) Cuando parece ser desencadenada por algún acontecimiento menor u ocurre sin causa conocida.
- 2) Cuando es extraordinariamente intensa y persistente.

La persistencia (cronicidad) de la ansiedad es evidencia de que la misma ya no sirve más como señal de peligro sino que se ha convertido en un peligro y en una carga por sí misma.

ESTRÉS Y TRASTORNOS DE AJUSTE

Como ya hemos mencionado antes, hay eventos estresantes que pueden contribuir a las enfermedades y al dolor. El estrés ambiental puede aumentar las tensiones y la inseguridad, mismas que en conjunto podrían contribuir a incrementar las cargas perjudiciales del sistema masticatorio; así es como el “estrés” mental se convierte en “tensión” muscular e incrementa los comportamientos funcionalmente alterados.

Hay estrés cuando la capacidad de adaptación del individuo es abrumada por los hechos. El acontecimiento puede ser insignificante considerado objetivamente, e incluso los cambios favorables (por ejemplo, promoción y transferencia) que requieren una conducta adaptativa pueden producir estrés. Para cada individuo, el estrés se define subjetivamente y la respuesta al mismo es una función de la personalidad y dotación fisiológica de cada persona.

CLASIFICACION Y DATOS CLINICOS

Las opiniones difieren sobre qué acontecimientos son más probables que produzcan reacciones de estrés. Los estudios de Holmes/Rahe sobre factores psicosociales proporcionan alguna información en cuanto a la posibilidad de que el matrimonio, las relaciones familiares, las relaciones de trabajo y sociales, los problemas financieros, las enfermedades y lesiones, etcétera, causen estrés.¹² Las causas de estrés son diferentes en las diversas edades, por ejemplo, en el adulto joven, las fuentes de estrés se encuentran en el matrimonio o la relación de padres e hijos, las relaciones en el trabajo y la pugna por lograr una estabilidad económica; en la edad madura, el enfoque cambia a las modificaciones en las relaciones maritales, los problemas con los padres que envejecen y los relacionados con su descendencia de adultos jóvenes que están encontrando situaciones estresantes; en la edad avanzada, es probable que las principales preocupaciones sean el retiro, la pérdida de la capacidad física, las pérdidas personales mayores y los pensamientos de muerte.

Un individuo puede reaccionar al estrés con ansiedad o depresión, desarrollando un síntoma físico, alejándose, bebiendo, iniciando una aventura, o en otras formas ilimitadas. Las respuestas subjetivas comunes son temor (a la repetición del acontecimiento que provoca estrés), furia (en la frustración), culpa (sobre impulsos agresivos) y vergüenza (por la desesperanza). El estrés agudo puede manifestarse por inquietud, irritabilidad, fatiga, mayor reacción de susto y un sentimiento de tensión. La incapacidad para concentrarse, los trastornos del sueño (insomnio, pesadillas) y las preocupaciones somáticas conducen con frecuencia a la automedicación, más comúnmente con alcohol u otros depresores del sistema nervioso central. La conducta de mala adaptación al estrés se denomina trastorno de ajuste, especificando el principal síntoma (por ejemplo, “trastorno de ajuste con ánimo deprimido”).

¹² SCHROEDER, Steven A., KRUPP, Marcus A.; “*Diagnostico clínico y tratamiento*”; Edit. Manual Moderno, 28ª edición; 1993; pág. 812

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los trastornos de ajuste deben diferenciarse de los de ansiedad, los afectivos y los de la personalidad exacerbados por el estrés y de los trastornos somáticos estructurales con superposición psíquica.

PRONOSTICO

El retorno a una función satisfactoria después de un periodo breve es parte del cuadro clínico de este síndrome. Es posible que se retrase la resolución si las respuestas de otros a las dificultades del paciente son irreflexiblemente peligrosas o si las ganancias secundarias sobrepasan a las ventajas de la recuperación.

TRASTORNOS DEL ANIMO (Depresión y manía)

Bases para el diagnóstico¹³

Existen en casi todas las depresiones:

1. Disminución del ánimo, que va desde la tristeza leve a sentimientos intensos de culpa, desesperanza o inutilidad.
2. Dificultad para pensar, incluyendo incapacidad para concentrarse y falta de decisión.
3. Pérdida de interés, con disminución de la participación el trabajo y diversiones.
4. Molestias somáticas, como cefalea; desorganización, disminución o exceso de sueño; pérdida de energía; cambio del apetito; disminución del impulso sexual.
5. Ansiedad.

Existen en algunas depresiones graves:

1. Retraso o agitación psicomotora.
 2. Delirios de naturaleza hipocondriaca persecutoria.
 3. Aislamiento de actividades.
 4. Síntomas físicos de mayor gravedad, por ejemplo, anorexia, insomnio, impulso sexual reducido, pérdida de peso y diversas molestias somáticas (entre ellas dolor).
 5. Ideas de suicidio.
-

CONSIDERACIONES GENERALES

Igual que la ansiedad (con la cual se acompaña), la depresión es ubicua y una realidad de la vida diaria. Puede ser la expresión final de:

1. factores genéticos (disfunción de neurotransmisores)
2. problemas del desarrollo (defectos de personalidad, acontecimientos en la niñez)
3. estrés psicosocial (pérdida del trabajo, divorcio).

Con frecuencia se presenta en forma de molestias somáticas con un estudio médico negativo. Puede ser una reacción normal a una gran variedad de acontecimientos y debe valorarse como tal. Cuando la depresión es normal para un acontecimiento de la vida y no

¹³ SHROEDER. Steven A.. *ibidem*; pág.826

es de mayor magnitud no requiere tratamiento específico. El tema total de la depresión se confunde más porque la palabra se utiliza como una expresión de un ánimo, un síntoma, un síndrome o una enfermedad.

DATOS CLINICOS

En general, hay tres grupos principales de depresiones, con síntomas similares en cada uno.

1. **Reactiva a factores psicosociales** La depresión puede ocurrir en reacción a algunas situaciones adversas de la vida externas (exógenas), por lo general la pérdida de una persona por muerte (reacción de aflicción), divorcio, etc.; problemas económicos, (crisis); o pérdida de un papel establecido, como el ser necesario. En este grupo de depresiones se utilizan con frecuencia adjetivos como reactiva y neurótica (que implican ansiedad, que con frecuencia existe en estas depresiones). Se clasifican adecuadamente como trastornos de ajuste con ánimo deprimido. Los síntomas varían desde tristeza leve, ansiedad, irritabilidad, preocupación, falta de concentración, desaliento y molestias somáticas, a los más graves del siguiente grupo.
2. **Trastornos depresivos** La subclasificación incluye episodios depresivos mayores y distimia.
 - A. **UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR** (trastorno unipolar endógeno, melancolía involucional) es un periodo de depresión importante del ánimo que ocurre de manera relativamente independiente de las situaciones o acontecimientos de la vida del paciente. Muchos consideran que es causado por una aberración fisiológica o metabólica. Las molestias varían mucho, pero casi todas con frecuencia coinciden con pérdida de interés y placer (anhedonia), aislamiento de las actividades y sentimientos de culpa. Incluyen así mismo incapacidad para concentrarse, cierta función cognoscitiva, ansiedad, fatiga, crónica, sentimientos de inutilidad, molestias somáticas (las no identificables indican con frecuencia depresión) y pérdida del impulso sexual. Es común que haya variación diurna con mejoría a medida que avanza el día. Los signos vegetativos que ocurren con frecuencia son insomnio, anorexia con pérdida de peso y estreñimiento. En ocasiones hay agitación grave e ideación psicótica (pensamiento paranoide, delirios somáticos). Los síntomas paranoides pueden variar desde sospechas generales a ideas de referencia con delirio. Los delirios somáticos con frecuencia giran alrededor de sentimientos de aniquilación inminente o creencias hipocondriacas (por ejemplo que el organismo está destruyéndose por cáncer).
 - B. **DISTIMIA** es una alteración depresiva crónica. Para este diagnóstico es necesario que haya tristeza, pérdida de interés y aislamiento de las actividades durante un periodo de dos años o más con una evolución relativamente persistente. Por lo general, los síntomas son más leves y prolongados que los de un episodio depresivo mayor.
3. **Trastornos bipolares** Los trastornos bipolares (episodios maníacos y depresivos) y los episodios maníacos individuales suelen ocurrir antes (en los últimos años de la adolescencia o al inicio de la edad adulta) que los episodios depresivos mayores.
 - A. **UN EPISODIO MANIACO** es una alteración del ánimo caracterizada por elación (excitación emotiva caracterizada por la mayor y mejor actividad mental y corporal) con hiperactividad, participación excesiva en las actividades de la vida, umbral de irritabilidad bajo, ideas fugaces, distracción fácil y poca necesidad de sueño. La

calidad sobreentusiasta del ánimo y la conducta expansiva atraen al inicio a otros, pero la irritabilidad, la labilidad del ánimo, la conducta agresiva y la grandiosidad con frecuencia originan grandes dificultades interpersonales. Los pacientes maníacos difieren de los esquizofrénicos en que los primeros utilizan más maniobras interpersonales efectivas, son más sensibles a las maniobras sociales de otros, y más propensos a utilizar la debilidad y vulnerabilidad en otros para su ventaja personal.

B. **LOS TRASTORNOS CICLOTÍMICOS** son alteraciones crónicas del ánimo con episodios de depresión e hipomanía. Los síntomas deben haber durado cuando menos dos años y son más leves que los de un episodio depresivo o maniaco. En ocasiones, aumentarán hacia un episodio maniaco o depresivo pleno, en cuyo caso se clasificarán como un trastorno bipolar

4. **Secundarios a enfermedades y fármacos** (todos se clasifican como trastornos del ánimo orgánicos): Cualquier enfermedad, grave o leve, puede causar depresión importante. Es en particular probable que trastornos como la artritis reumatoide, la esclerosis múltiple o las cardiopatías crónicas, se acompañen de depresión, y así mismo todas las otras enfermedades crónicas. En algunas depresiones tienen una función clara las variaciones hormonales. En trastornos esquizofrénicos, enfermedad del sistema nervioso central (incluyendo disritmias cerebrales) y en estados mentales orgánicos ocurren grados variables de depresión en distintas épocas. Con frecuencia, coexiste con la depresión grave una dependencia de alcohol.

Los corticosteroides y los anticonceptivos orales tienden a acompañarse de alteraciones afectivas. Los medicamentos antihipertensivos, como metildopa, guanetidina, clonidina y propranolol, lo mismo que la digital y los antiparkinsonianos se han relacionado con el desarrollo de síndromes depresivos. Todo uso de estimulantes resulta en un síndrome depresivo cuando se suprime el fármaco. El alcohol, los sedantes, los opiáceos y casi todas las drogas psicodélicas son depresores y, de manera paradójica, se utilizan con frecuencia en la automedicación de la depresión. La estimulación límbica repetida puede ser uno de los mecanismos por los que el abuso de drogas causa disritmias centrales y depresión secundaria.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Como la depresión puede ser parte de cualquier enfermedad –sea reactivamente o como un síntoma secundario– hay que dar atención cuidadosa a los problemas personales de ajuste a la vida, el papel de medicamentos (por ejemplo, reserpina, esteroides, levodopa). Hay que diferenciar de la esquizofrenia, convulsiones parciales complejas, síndromes cerebrales y trastornos de ansiedad. Es necesario descartar una disfunción tiroidea sutil.

PRONOSTICO

Las depresiones reactivas generalmente se presentan por un tiempo limitado y el pronóstico es bueno cuando se tratan y no interviene el suicidio o un patrón patológico de ajuste. Los trastornos afectivos mayores suelen responder bien con un ensayo terapéutico completo con un fármaco.

TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS Y OTROS PSICOTICOS

Ambos tipos de trastornos se caracterizan por síntomas psicóticos, fundamentalmente delirios organizados y alucinaciones. Los primeros se definen como ideas falsas y fijas que la persona tiene, sin aceptar argumentos o hechos de lo contrario, y que no son compartidas por otras personas de un medio cultural similar. Los delirios organizados frecuentes son de varios tipos; así, los de persecución se caracterizan porque la persona cree que está siendo atacada, perseguida, hostigada o que conspiran contra ella. Los delirios de grandeza incluyen los aspectos de poderes o capacidades especiales. Los delirios anómalos tienen un contenido absurdo, como pensar que las ideas son controladas por seres extraterrestres. Las alucinaciones son percepciones falsas experimentadas en la modalidad sensorial y que surgen con la conciencia lúcida. Las de tipo auditivo son las más frecuentes; luego, en orden decreciente, visuales, táctiles, olfatorias y gustativas.

Bases para el diagnóstico (esquizofrenia)¹⁴

1. Aislamiento social, por lo general lentamente progresivo, a menudo con deterioro de los cuidados personales.
2. Pérdida de las fronteras del yo, con incapacidad para percibirse a sí mismo como una entidad separada.
3. Asociaciones de pensamiento laxas, con frecuencia con pensamiento lento o sobreinclusivo y cambio rápido de un tema a otro.
4. Autismo con absorción en pensamientos internos y con frecuencia preocupaciones sexuales o religiosas.
5. Alucinaciones auditivas, a menudo de naturaleza derogatoria.
6. Delirios, con frecuencia de naturaleza grandiosa o persecutoria.
7. Síntomas cuando menos por seis meses.

Signos adicionales frecuentes:

1. Aplanamiento afectivo y cambios del ánimo rápidamente alternantes sin importar las circunstancias.
 2. Hipersensibilidad a estímulos ambientales, con un sentimiento de mayor conocimiento sensorial.
 3. Variabilidad o conducta cambiante incongruente con el ambiente externo.
 4. Pensamiento concreto con incapacidad para la abstracción; simbolismo inadecuado.
 5. Deterioro de la concentración que empeora por alucinaciones y delirios.
 6. Despersonalización, en la cual la persona se comporta como un observador desprendido de sus propias acciones.
-

CONSIDERACIONES GENERALES

Se piensa que los trastornos esquizofrénicos tienen una causa multifactorial, con componentes genéticos, ambientales, neuroendocrinos y fisiopatológicos. No hay un método de laboratorio para confirmar el diagnóstico de esquizofrenia. Puede haber o no antecedentes de una alteración mayor en la vida del individuo (fracasos, pérdidas, enfermedades físicas) antes que sea obvio el deterioro psicótico notable.

La esquizofrenia tiende a comenzar a finales de la adolescencia o comienzos de la vida adulta, aunque puede aparecer en cualquier edad. Los antecedentes infantiles de los

¹⁴ SHROEDER, Steven A.; *idem*

esquizofrénicos suelen comprender timidez, conducta excéntrica o singular, problemas escolares o enorme desconfianza; pero no siempre hay tales datos. Surge una fase prodrómica antes que aparezcan los delirios o alucinaciones activos en la cual hay deterioro gradual de la función; tal deterioro suele incluir el empeoramiento del aislamiento social o el comienzo de tal síntoma, conducta o habla irregulares y anómalos, y dificultad para funcionar y actuar en la escuela o el trabajo. La percepción interna es nula y no se percatan de que su percepción, ideas y conducta son anormales.

La desorganización de la ideación y la conducta caracteriza a la esquizofrenia. Tal desorganización abarca manifestaciones, como aspecto desaseado y desarreglado, conducta extravagante, juicio deficiente y laxitud de las asociaciones; este último dato denota la pérdida de las conexiones lógicas normales entre una idea y la siguiente; por tal situación, el habla del esquizofrénico suele ser vaga, divagante, desarticulada o sin sentido. El sujeto describe experiencias fantásticas e ideas caprichosas y raras de manera indiferente y sin cambiar su expresión facial.

“Otros trastornos psicóticos” son estados similares a enfermedades esquizofrénicas y sus síntomas agudos, pero tienen una influencia menos penetrante a largo plazo. El individuo suele alcanzar grados elevados de funcionamiento. Los episodios psicóticos agudos tienden a alterar menos el estilo de vida de la persona, con un regreso muy rápido a los grados de funcionamiento anteriores.

TRASTORNOS SOMATOFORMES

Los trastornos somatoformes representan a un grupo de condiciones mentales en los cuales el paciente reporta quejas somáticas sin que la evidencia física de trastornos orgánicos este presente y en el que una prueba positiva o una fuerte presunción indica que los síntomas están ligados a factores o conflictos psicológicos. Al contrario de las enfermedades ficticias y la simulación los síntomas de este grupo no están bajo el control voluntario del paciente.

Los trastornos somatoformes son subdivididos en la siguiente categoría: trastorno por somatización, trastornos por conversión, trastorno por dolor psicógeno, hipocondría.

TRASTORNO POR SOMATIZACION

Históricamente esta condición ha sido calificada como histeria o síndrome de Briquet y se define como un trastorno crónico, pero fluctuante, que empieza al comienzo de la vida y se caracteriza por múltiples y recurrentes quejas somáticas para las cuales se busca atención médica, pero que, al parecer, no se deben a una enfermedad física.

EPIDEMIOLOGIA

El trastorno por somatización es más común en las mujeres y se estima que del 0.2% al 2% de ellas lo padecen. Esta condición raramente se diagnostica en hombres. También parece ir significativamente asociado con la sociopatía y el alcoholismo en los familiares varones en primer grado de los pacientes con somatización.

ETIOLOGIA

Los datos epidemiológicos sugieren que los factores genéticos pueden desempeñar algún papel. La frecuencia con que se hallan síntomas de conversión en los pacientes con trastorno por somatización indica que los procesos disociativos y los conflictos psicológicos pueden contribuir.

RASGOS CLINICOS

El rasgo clínico más característico del trastorno por somatización son las recurrentes y múltiples quejas somáticas con varios años de duración.(ver tabla 1)

Las quejas son presentadas de una manera dramática, vaga o exagerada o son parte de complicaciones dentales y /o de la historia médica en la cual han sido considerados muchos diagnósticos psíquicos.

Los individuos con este trastorno frecuentemente reciben cuidado dental de varios practicantes algunas veces hasta simultáneamente. Las quejas se extienden a múltiples partes del cuerpo, pero las más comunes son cefaleas, desmayos, náuseas y vómitos, dolores abdominales, problemas intestinales y fatiga. Debe ser enfatizado que los síntomas inexplicables en los trastornos de somatización no son fingidos o producidos intencionalmente. Los estados de ánimo ansiosos y depresivos son extremadamente comunes, así como los intentos de suicidio, comportamiento antisocial y las dificultades laborales-interpersonales y maritales son acompañantes frecuentes de este síndrome.

Tabla 1 Rasgos clínicos del trastorno por somatización (síndrome de Briquet)¹⁵

Rasgos esenciales	Rasgos asociados
Múltiples quejas somáticas no debidas aparentemente a enfermedad física	Ansiedad y síntomas depresivos muy comunes
Curso crónico y a menudo fluctuante que empieza en la segunda década de la vida	Amplia gama de problemas interpersonales, incluida conducta antisocial y problemas matrimoniales
Se presenta predominantemente en mujeres	A menudo presenta rasgos de personalidad histriónica
Las quejas se presentan de forma vaga, dramática y exagerada	
Historia de cuidados médicos por muchos médicos, a menudo con intervenciones diagnósticas quirúrgicas innecesarias	

CURSO Y PRONOSTICO

El trastorno comienza antes en la segunda década de la vida. El trastorno sigue un curso fluctuante, pero los pacientes rara vez están totalmente libres de síntomas a lo largo de una vida de sufrimientos, a pesar de la frecuencia y persistencia con que buscan y reciben atención médica. El pronostico de curación es malo. El tratamiento médico del paciente puede complicar y exacerbar su enfermedad, porque la naturaleza somática de muchos de sus síntomas puede determinar la realización de reiterados estudios diagnósticos o

¹⁵ KAPLAN, Harold I.; "Tratado de psiquiatría"; Ed. Salvat, 2ª edición;1989; pág. 918

intervenciones quirúrgicas, generalmente innecesarias, que añaden nuevos problemas a las quejas y disfunciones.

DIAGNOSTICO

El aspecto conductual más llamativo del examen psiquiátrico de los pacientes con trastorno por somatización es la forma dramática, exagerada y emocional con que se presentan y describen sus síntomas. El análisis minucioso de su pauta conductual revela diversos elementos que pueden ser descritos mediante adjetivos específicos. Ejemplo: exhibicionista, seductor, dependiente, manipulador. (ver tabla 2)

Tabla 2 Criterios para el diagnóstico del trastorno por somatización¹⁶

-
- A. Historia de síntomas físicos de varios años de duración, que empieza antes de los 30 años
- B. Para poder considerar presente un síntoma, el individuo debe manifestar que este síntoma le ha creado la necesidad de tomar algún medicamento (diferente a la aspirina), que ha alterado su forma de vida o que le ha obligado a buscar a un médico. Desde el punto de vista clínico, los síntomas no se explican adecuadamente mediante algún trastorno o lesión física y no son efectos secundarios de medicaciones, drogas o del alcohol. El clínico no necesita estar convencido de que el síntoma se encuentra realmente presente (p. Ej., que la paciente estuvo vomitando durante todo su embarazo); basta con que el síntoma sea citado por el individuo.
-

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Dada la frecuencia de los intentos de suicidio y el predominio de la ansiedad o el afecto depresivo en algunos pacientes, el trastorno por somatización puede confundirse con uno de los trastornos depresivos. La multiplicidad de vagos síntomas somáticos, la forma dramática de su presentación y el curso crónico distinguen generalmente al trastorno por somatización tanto de la ansiedad como de la depresión. En la depresión, los signos y síntomas biológicos característicos, el curso intermitente y la historia familiar añaden nuevos rasgos diferenciadores. La esquizofrenia puede empezar con síntomas somáticos que sugieren histeria, pero la aparición eventual en el paciente de fenómenos delirantes y otras muestras de acusados trastornos del pensamiento determinan fácilmente el diagnóstico de enfermedad psicótica. Por último, aunque los pacientes con trastorno por somatización pueden incluir síntomas de conversión entre su repertorio de quejas, el término <trastorno por conversión> debería reservarse para aquellas personas en las cuales los síntomas de conversión son la manifestación primaria y predominante de la enfermedad.

¹⁶ KAPLAN, Harold I.; *idem*

TRASTORNO POR CONVERSION (NEUROSIS HISTERICA DE CONVERSION)

DEFINICION

Es un trastorno en el que están afectados los sentidos o el sistema nervioso voluntario, dando lugar a síntomas del tipo de ceguera, anosmias, anestias, parestesias, parálisis, ataxia, acinesia y discinesia. A menudo el paciente muestra una falta inadecuada de preocupación o la *belle indifférence* hacia estos síntomas, que puede procurarle beneficio secundario mediante la atracción de simpatía o la liberación de responsabilidades desagradables. Entonces, podemos decir que la característica esencial del trastorno de conversión es una presentación clínica en la cual el trastorno predominante es una pérdida o alteración en el funcionamiento físico que sugiere un desorden físico, pero al contrario es una expresión de conflictos psicológicos o necesidad. Este trastorno no está bajo control voluntario y no puede ser explicado por ningún desorden físico o mecanismo patofisiológico conocido. El desorden de conversión no se diagnostica cuando los síntomas de conversión están limitados al dolor o a un trastorno circunscrito en funcionamiento sexual.

Dos mecanismos han sido sugeridos para explicar las ventajas psicológicas logradas por el desarrollo de los síntomas de conversión. En un mecanismo, el individuo alcanza beneficios primarios por mantener un conflicto interno o necesidad fuera de la conciencia consciente. En estos casos frecuentemente hay una relación temporal entre un estímulo ambiental que aumenta un conflicto psicológico o necesidad y la iniciación o exacerbación del síntoma en tales casos, el síntoma tiene un valor simbólico como una representación de y una solución parcial para el conflicto psicológico oculto.

En el otro mecanismo, el paciente alcanza un beneficio secundario al evitar una actividad en particular que es nociva para él o por obtener soporte del ambiente que de otra manera podría no ser agradable. Un síntoma de conversión probablemente involucre un solo síntoma durante un episodio determinado, pero podría variar en sitio y naturaleza si hay episodios subsecuentes.

EPIDEMIOLOGIA

Un aspecto de la epidemiología es la tendencia de los síntomas a extenderse de un individuo a otro. Este fenómeno rara vez es mencionado por los observadores contemporáneos. Ocasionalmente puede observarse en algún establecimiento psiquiátrico que un paciente presenta los mismos síntomas psiquiátricos que inicialmente manifestaba otro interno. También, por ejemplo, durante una epidemia de poliomielitis, puede verse asociada con ella otra epidemia de síntomas histéricos similares a los de la poliomielitis, con todos los problemas de diagnóstico que ello implica. No obstante, para las descripciones de la propagación de los síntomas a gran escala hay que volver a la historia. Los conventos de monjas, en particular, parecen haber estado muy afectados por estas alteraciones. Paul Richer, ha descrito diversas epidemias de este tipo acaecidas en los siglos XVII, XVIII y XIX, y la obra de Aldous Huxley, *The Devils of Loudun*, retrata expresivamente una alteración famosa en un convento de ursulinas.

Crterios para el diagn3stico del trastorno por conversi3n¹⁷

- A. La alteraci3n predominante es la p3rdida o perturbaci3n de una funci3n ffsica, lo que da lugar a pensar en un trastorno o enfermedad som3tica.
 - B. Se considera que los factores psicol3gicos pueden estar involucrados etiol3gicamente en el sntoma, tal como se pone de manifiesto por alguna de las siguientes posibilidades:
 - 1. Existe una relaci3n temporal entre un estmulo ambiental que se halla aparentemente relacionado con el conflicto o necesidad psicol3gica y la iniciaci3n exacerbaci3n del sntoma.
 - 2. El sntoma permite al individuo evitar alg3n tipo de actividad que es nociva para 3l.
 - 3. El sntoma permite al individuo obtener apoyo ambiental que de otra manera quiz3 no conseguirfa.
 - C. Se considera que el sntoma no se halla bajo control voluntario.
 - D. Despu3s de un examen apropiado, el sntoma no puede ser explicado a trav3s de ninguna enfermedad ffsica o mecanismo fisiopatol3gico conocido.
 - E. El sntoma no se limita a la presencia de dolor o una alteraci3n de la funci3n sexual.
 - F. Todo ello no es debido a un trastorno por somatizaci3n ni a una esquizofrenia.
-

ETIOLOGIA

Para muchos psiquiatras el t3rmino "conversi3n" es un sntoma ffsico de origen psquico que surge de los conflictos sexuales y tiene su origen en la fase edfpica del desarrollo psicosexual. No hay duda de que la histeria de conversi3n s3lo puede surgir sobre la base de estos procesos, o que tales conflictos desempefian un papel, junto con otros factores psicol3gicos, en la producci3n de los sntomas hist3ricos. Sin embargo, hoy dfa existe cada vez mayor tendencia en el pensamiento contempor3neo a ampliar el concepto de conversi3n e incluir en 3l un amplio margen de acontecimientos psicol3gicos.

DESCRIPCION CLINICA

Sydenham menciona que las manifestaciones de la histeria de conversi3n son proteicas y pueden simular la mayor parte de todas las enfermedades corporales conocidas. Pueden dividirse en cuatro categorfas mayores (ver tabla 3): alteraciones motoras, alteraciones sensitivas, sntomas de conversi3n que simulan enfermedades ffsicas y sntomas de conversi3n que complican enfermedades ffsicas.¹⁸

¹⁷ KAPLAN, Harold I. *ibidem*; p3g 925

¹⁸ KAPLAN, Harold I. *idem*

Tabla 3 Rasgos clínicos del trastorno por conversión¹⁹

Rasgos esenciales	Rasgos asociados
Pérdida o afectación de las funciones que generalmente afectan al sistema sensoriomotor sin hallazgos patológicos subyacentes demostrables.	Los síntomas se desarrollan a menudo en situaciones de estrés psicológico y aparecen de forma súbita.
Los síntomas son a menudo el resultado y símbolo de conflictos psicológicos subyacentes de carácter inconsciente.	Puede presentarse <i>belle indifférence</i>
La zona y naturaleza de los síntomas puede variar de un episodio a otro.	Son frecuentes los rasgos de personalidad histriónica y dependiente

En las alteraciones sensoriales esta clasificado el Dolor; hasta fechas recientes, en los pacientes con múltiples dolores y dolencias somáticas vagas era diagnosticado el trastorno de conversión. En el DSM-III, los síntomas de este tipo se atribuyen y se describen en una nueva categoría diagnóstica, el trastorno por somatización. Sin embargo, determinadas categorías específicas de dolor pertenecen más propiamente al trastorno de conversión. Quizás el caso más típico es el clavo histérico, en el que el paciente se queja de un dolor agudo en la cabeza, como si se clavara un clavo o punta en el cráneo con un martillo. El paciente puede quejarse también de un dolor pectoral agudo y punzante que tras una interrogación detallada puede resultar ser un asociado somático de la ansiedad generalizada, que suele padecer el paciente con este tipo de trastorno además de sus síntomas somáticos más localizados. Por último, el paciente puede sufrir dolores específicos e idiosincrásicos que representan simbólicamente una idea a menudo inconsciente. Por ejemplo, una persona que ha testimoniado un accidente puede desarrollar dolor en la parte del cuerpo en que resultó dañada la víctima del accidente.

CURSO Y PRONOSTICO

El trastorno suele empezar en la adolescencia o primera edad adulta, pero los síntomas pueden aparecer por vez primera durante la edad madura o incluso en las últimas décadas de la vida pero si es así la probabilidad de una condición neurológica oculta u otra condición médica es alta.

De la experiencia clínica general se sabe que algunos pacientes pueden presentar síntomas histéricos transitorios que desaparecen sin ningún tratamiento, mientras que otros presentan manifestaciones clínicas que permanecen fijadas y totalmente rebeldes a las medidas terapéuticas durante años. El índice de recurrencia es desconocido, pero los síntomas histéricos tienden a aparecer y desaparecer como respuesta al estrés ambiental.

Los factores indicadores de buen pronóstico, especialmente con una buena psicoterapia, son:

1. Un conflicto psicológico centrado primariamente en la sexualidad genital edípica.
2. Pruebas de estabilidad en las relaciones, indicadas por relaciones generalmente buenas con los amigos y familiares y una historia laboral estable, cuando existe.
3. La capacidad de relacionarse con el médico y de desarrollar una alianza terapéutica.
4. La capacidad de sentir y expresar emociones sin desarrollar una ansiedad o depresión incapacitante.

¹⁹ KAPLAN, Harold I., *idem*

5. La capacidad de mantener una distancia psicológica de la emoción experimentada conscientemente.
6. La capacidad de introspección
7. Los síntomas bastante bien circunscritos y relacionados con estreses ambientales definidos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La primeras manifestaciones de una enfermedad del SNC pueden confundirse con el trastorno de conversión. Algunos trastornos que se presentan con síntomas somáticos vagos o múltiples (por ejemplo esclerosis múltiple en la cual no deja de momento secuelas o signos neurológicos claros, o lupus erimatoso sistémico) podrían ser mal diagnosticados en sus comienzos, como síntoma de conversión. El problema es todavía más complicado por el hecho de que los fenómenos histéricos pueden ser de corta duración y porque las pacientes femeninas con esclerosis múltiple incipiente pueden mostrar una conducta característica de la personalidad histérica.

El desorden de somatización y, menos frecuente, la esquizofrenia podrían tener síntomas de conversión. Sin embargo, el diagnóstico del trastorno de conversión podría no ser hecho cuando tales síntomas son debidos a cualquiera de estos trastornos penetrantes. Algunos dolores psicogénicos pueden ser conceptualizados como un síntoma de conversión, pero por los diferentes cursos e implicaciones del tratamiento, todos esos casos deben ser clasificados como trastornos de dolor somatoforme. Por otro lado, algunas parafunciones y trastornos del movimiento atípico de la mandíbula con ausencia de dolor podría caber apropiadamente en la categoría de diagnóstico de trastorno de conversión.

TRASTORNO POR DOLOR PSICOGENO

Tanto en el trastorno por somatización como en el trastorno por conversión, resulta claro que el dolor, aunque puede ser un síntoma acusado, es sólo uno de los varios rasgos que, en conjunto, caracterizan y definen el diagnóstico específico. Sin embargo, en un significativo grupo de pacientes, el dolor puede ser la única o principal queja. Aunque no va acompañado de los rasgos característicos de otros trastornos somatoformes, el dolor está claramente relacionado con el estrés ambiental –a menudo un cambio significativo de las relaciones humanas- o se presenta en ausencia de una enfermedad física subyacente, o es claramente excesivo en una relación con los hallazgos físicos presentados. (ver Tabla 4)

Tabla 4 Criterios para el diagnóstico del trastorno por dolor psicógeno²⁰

-
- A. La alteración predominante es un dolor intenso y prolongado
 - B. El dolor presentado como síntoma es ilógico desde el punto de vista de la distribución anatómica del sistema nervioso; después de un examen intenso y extenso no puede encontrarse mecanismo fisiopatológico o patología orgánica que explique el dolor, y cuando existe alguna patología relacionada, el dolor es claramente superior al que podría esperarse por los hallazgos físicos
 - C. Los factores psicológicos se consideran etiológicamente implicados en el dolor tal como se puede poner de manifiesto por algunos de los puntos siguientes:
 1. Una relación temporal entre un estímulo ambiental que está aparentemente
-

²⁰ KAPLAN, Harold I.: *ibidem*; pág. 929

relacionado con un conflicto o necesidad psicológica y la iniciación o exacerbación del dolor.

2. El dolor permite al individuo evitar alguna actividad que es nociva para él
3. El dolor permite al individuo obtener un apoyo ambiental que quizá de otra manera no obtendría

D. La alteración no se debe a otro tipo de trastorno mental.

DIAGNOSTICO

Los trastornos del dolor pueden ocurrir en cualquier etapa de la vida, desde la niñez hasta la vejez, pero parecen empezar más frecuentemente en la adolescencia o al comienzo de la madurez. El dolor usualmente aparece repentinamente y se incrementa en severidad en pocos días o semanas.

El síntoma podría disminuir con la intervención apropiada o con la terminación del evento precipitante, o podría persistir por meses o años si este se refuerza. El grado de funcionamiento deteriorado varía con la intensidad y duración del dolor. Y podría variar desde un ligero disturbio del desempeño social u ocupacional o hasta una incapacidad total y necesidad de hospitalización.

El trastorno del dolor no es diagnosticado si el dolor está mejor clasificado como un trastorno de humor, ansiedad o psicótico. Sin embargo, el dolor podría ser un acompañamiento de un factor exacerbativo contribuyendo a otras condiciones emocionales.

ETIOLOGIA

Los mecanismos implicados en la génesis del dolor psicógeno no se conocen con exactitud. Pinsky, que ha investigado sistemáticamente a pacientes afectados de este síndrome, ha hallado que muchos de ellos muestran características alexitímicas.²¹ Si este rasgo puede comprobarse en ulteriores estudios clínicos, sugeriría que la producción del síntoma en el dolor psicógeno está relacionada con defectos mayores de las funciones del yo subyacente a la experiencia y expresión de los sentimientos, más que a los conflictos psicológicos hallados en los trastornos neuróticos comunes. En otras palabras, los sucesos emocionalmente estresantes se traducen inmediatamente en síntomas somáticos sin la elaboración psíquica de sentimientos y fantasías que caracteriza al mecanismo de la formación de síntomas neuróticos.

Podría entonces deducirse que los factores psicológicos son etiológicos en el dolor cuando existe una relación temporal entre un estímulo ambiental, el cual está aparentemente relacionado a un conflicto o necesidad psicológica en la iniciación o exacerbación del dolor. El trastorno del dolor podría estar acompañado por otra sensación localizada o cambios motores, tales como parestesia y espasmos musculares

CLASIFICACION

El trastorno del dolor es clasificado de acuerdo al subtipo que mejor caracterice los factores involucrados en la etiología y mantenimiento del dolor.

²¹ KAPLAN, Harold I.; *idem*.

Trastorno del dolor asociado con factores psicológicos. Este subtipo se usa cuando se juzga que los factores psicológicos tienen un rol mayor y cuando las condiciones médicas o dentales generales tienen ya sea un mínimo o ningún rol en el inicio y mantenimiento del dolor. Este subtipo no se diagnostica si los criterios coinciden con el trastorno de somatización.

Trastorno del dolor asociado con factores psicológicos y condiciones médicas generales. Este subtipo es usado cuando los factores psicológicos y una condición médica (por ejemplo TMD) coexisten en el principio y mantenimiento del dolor.

Ambos subtipos podrían además ser especificados como agudos (si el dolor tiene al menos seis meses de duración) o crónico (si el dolor a estado presente por seis meses o más).

El dolor resultante de una condición médica o dental general en circunstancias en las cuales se juzga que los factores psicológicos no juegan ningún rol o un rol mínimo en el inicio o mantenimiento del dolor podrían no ser considerados como trastorno mental.

Para el trastorno del dolor asociado con condiciones médicas o dentales, la clasificación del diagnóstico para el dolor se selecciona basándose en el diagnóstico físico asociado si es que se a establecido alguno, o en una localización anatómica del dolor si el diagnóstico físico permanece incierto.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La presentación dramática de las quejas del dolor podrían parecer excesivas para un observador porque los pequeños hallazgos físicos no son razones suficientes para diagnosticar el trastorno del dolor. *Ciertos pacientes con rasgos de personalidad histriónica o estilos culturales de comunicación pueden ser propensos a presentaciones excesivamente dramáticas (pero psiquiátricamente normales) de malestares orgánicos.*

Los individuos con desordenes de somatización, trastornos depresivos o esquizofrenia podrían quejarse de varios achaques y dolores, pero el dolor raramente domina el cuadro clínico. El trastorno del dolor no debería ser el diagnóstico principal si el dolor es asociado con otras condiciones mentales. En algunos casos, un diagnóstico adicional de trastorno del dolor debería ser considerado solo si el dolor es un foco independiente de atención clínica, si conduce a un agotamiento o deterioro clínico significativo o si es excesivo a el usualmente asociado con otros trastornos mentales.

El dolor asociado con la tensión tipo dolor de cabeza, bruxismo o movimientos parafuncionales y de postura no deberían ser diagnosticados como *trastornos del dolor* porque hay un mecanismo patofisiológico que ocasiona el dolor (un subgrupo de tales pacientes cumple con los criterios de diagnóstico para el trastorno de conversión).

HIPOCONDRIASIS

DEFINICION

La característica principal es un cuadro clínico en el cual la alteración predominante es una interpretación no realista de los signos o sensaciones físicas como fenómenos anormales, conduciendo a la preocupación por el temor o creencia de tener una enfermedad grave. Este temor o creencia no real persiste a pesar de los diagnósticos médicos o dentales

y causa deterioro en el funcionamiento social u ocupacional. Mas de un sistema de órganos podría estar involucrado simultáneamente.

EPIDEMIOLOGIA

Se desconoce la incidencia en la población general, pero presumiblemente es mayor que en un grupo de pacientes psiquiátricos, porque muchos individuos con quejas hipocondríacas sólo son atendidos por el internista o el médico de cabecera y no aparecerían entre las estadísticas obtenidas en una institución psiquiátrica. Kenyon realizo una encuesta de pacientes con síntomas hipocondríacos en el Maudsley Bethlem Royal Hospital entre 1951 y 1960, de la cual se puede obtener alguna idea de la incidencia y distribución del síndrome. De los más de 500 pacientes con síntomas hipocondríacos, los síntomas constituían la alteración primaria en 60% y el número total representaba el 1% de los pacientes diagnosticados durante este periodo tanto en régimen ambulatorio como interno. En un estudio realizado a 51 pacientes por Katzenelbogen no se registró diferencia en la incidencia entre ambos sexos. Cerca del 60% de los pacientes estaban casados, una cuarta parte solteros y el resto eran viudos o divorciados.

Los síntomas hipocondríacos pueden aparecer por vez primera en la niñez. La incidencia más alta en los hombres coincide con la cuarta década, y en las mujeres, durante la quinta.

ETIOLOGIA

Una experiencia pasada de enfermedad orgánica en uno mismo o en un miembro de la familia y el estrés psicosocial generalizado aparentemente predisponen al desarrollo de este trastorno.

En un poco más de la mitad de los pacientes de Kenyon no se hallaron factores precipitantes. En casi un tercio, las preocupaciones hipocondríacas parece que emergieron de un sustrato de síntomas referidos a enfermedades corporales, y entre el resto, diversas tensiones psicológicas precedieron su inicio.

RASGOS CLINICOS

Entre los datos más notables de las manifestaciones de la neurosis hipocondríaca encontramos

1. Los síntomas son difusos y variados, afectando a muchas partes del cuerpo. Los lugares más comunes son las vísceras abdominales, el pecho, la cabeza y el cuello pero pueden estar relacionados con cualquier parte del cuerpo o pueden consistir en una sensación generalizada de fatiga o malestar. Menos común es el paciente que se queja de alteraciones del funcionamiento mental que le inducen a pensar que está desvariando o volviéndose loco.
2. A veces se presenta una curiosa mezcla de quejas específicas y minuciosas con otras mucho más difusas y vagas.
3. Los síntomas suelen surgir por el incremento de la preocupación del paciente por una sensación corporal (un leve dolor, malestar o molestia), de una función corporal normal (p. Ej., movimientos intestinales, latidos del corazón, acción peristáltica) o bien por una anomalía somática sin importancia (mucosidad ocasional, en las heces, catarro nasal o un nódulo linfático ligeramente agrandado).
4. Para el médico u observador experimentado, los síntomas carecen de significado patológico. Individualmente no sugieren una función patológica o proceso específico

en un órgano o sistema, y considerados colectivamente no conforman el patrón reconocible de una enfermedad física.

Tabla 5 Rasgos clínicos de la hipocondría (neurosis hipocondriaca)²²

Rasgos esenciales	Rasgos asociados
Quejas físicas sin patología física demostrable	Los pacientes suelen consultar a muchos médicos sin que se alivien el recibir seguridad y conocer el resultado negativo de los exámenes diagnósticos.
Tiene lugar en una edad posterior que el trastorno por somatización	
Los síntomas son de alcance más limitado que los del trastorno por somatización	

CURSO Y PRONOSTICO

En el inicio agudo, la morbosidad médica general, la ausencia de trastorno de personalidad, y la ausencia de ganancia secundaria son indicadores de pronóstico favorable.

Pero hay la opinión generalizada de que los pacientes depresivos en los que destacan los síntomas hipocondriacos tienen peor pronóstico de recuperación que aquellos cuyos síntomas son predominantemente de naturaleza afectiva, y el pesimismo general sobre la efectividad de los tratamientos en los pacientes con quejas hipocondriacas. El deterioro es severo cuando el individuo adopta un estilo de vida invalido y se postra en cama. Considerando así que el curso total es usualmente crónico, con síntomas crecientes y decrecientes con mal pronóstico de curación.

DIAGNOSTICO

Tabla 6 Criterios para el diagnóstico de la hipocondría²³

- A. La alteración predominante es una interpretación errónea de signos y sensaciones físicas que son consideradas anormales, lo cual produce el temor o la creencia de padecer una grave enfermedad
- B. A través de las exploraciones físicas no se encuentran pruebas de ningún trastorno físico que explique los signos o sensaciones físicas o las interpretaciones erróneas que el individuo hace de ellos.
- C. El miedo o creencia errónea de padecer una enfermedad persiste a pesar de la seguridad de las pruebas médicas y puede causar incapacitación social o laboral
- D. Todo ello no es debido a cualquier otro trastorno mental del tipo de la esquizofrenia, el trastorno afectivo o el trastorno por somatización.

Características de personalidad Hay dos rasgos característicos habituales entre los individuos hipocondriacos. 1) Muchos muestran rasgos obsesivo-compulsivos, en particular la obstinación, la desconfianza, avaricia y escrupulosidad. 2) A la vista de la naturaleza de sus síntomas, no es sorprendente que el narcisismo sea un hecho notable en muchos pacientes hipocondriacos. Se les describe como sujetos egocéntricos, excesivamente preocupados por sí mismos y por su cuerpo; tremendamente sensibles a la crítica y considerando siempre

²² KAPLAN, Harold I.; *ibidem*; pág. 932

²³ KAPLAN, Harold I., *idem*

a su cuerpo como un objeto libidinal. Todas éstas son formas de afirmar el hecho central de la neurosis hipocondriaca; los pacientes con esta alteración focalizan su interés, atención y energía psíquica en su funcionamiento corporal hasta casi excluir por completo la preocupación por las personas y objetos del mundo circundante. La hipocondría pudiera ser considerada como el paradigma del narcisismo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los síntomas hipocondriacos pueden enmascarar o apuntar a otros trastornos psiquiátricos que exigen formas de tratamiento específicas. En particular, los síntomas y signos de la depresión y la esquizofrenia deben considerarse en pacientes que muestren quejas hipocondriacas. Debe haber poca dificultad para distinguir entre los fenómenos sensoriomotores clásicos de la histeria y los síntomas viscerales y somáticos de la hipocondría, pero cuando la histeria adopta forma de dolor, especialmente de abdomen, el diagnóstico diferencial puede resultar difícil, y debe basarse en una evaluación minuciosa del paciente, de sus conflictos psicológicos, de la estructura de su personalidad y de sus relaciones humanas. Por último, debe recordarse que las consideraciones de diagnóstico diferencial más importantes son generalmente enfermedades médicas. Sin embargo, la presencia de patología orgánica no excluye la posibilidad de coexistencia de hipocondriasis. Obviamente, en la evaluación inicial de un paciente nuevo, incluso si los síntomas parecen de naturaleza hipocondriaca, el médico debe valorar minuciosamente la posibilidad de que el paciente tenga una enfermedad física real. Y es que el paciente hipocondríaco que tenga pasadas relaciones medicas debe ser evaluado tan críticamente como el neófito, de presentar síntomas nuevos o cambio en la pauta sintomática.

TRATAMIENTO

El método terapéutico usual del dolor es la administración de analgésicos sistémicos; pero muchos otros no farmacológicos también son útiles. Los ejemplos incluyen actividad física graduada, tranquilización simple, grupos de apoyo, y entrenamientos sobre biorretroalimentación. Para dolor crónico intenso, pueden ser útiles tratamientos como el bloqueo nervioso, la radiación e incluso una rizotomía (sección quirúrgica de las raíces espinales).

Manejo del dolor²⁴

Explicar la naturaleza de la señal del dolor

Explicar las expectativas realistas sobre el grado y curso del dolor

Explicar las expectativas realistas de analgesia y, en la medida de lo posible, enmarcar positivamente los efectos secundarios.

Maximizar el efecto placebo haciendo mayores las dosis iniciales, apoyando la creencia en la eficacia y utilizando la sugestión.

Aliviar la ansiedad concomitante, si es preciso

El dolor crónico exige algunas medidas especiales

Eliminar las dudas sobre la disponibilidad de medicamentos

No hacer depender la disponibilidad de mediación de la prueba de su necesidad, determinando luchas subjetivas.

Enfocar los encuentros terapéuticos hacia el material más sano; no reforzar la obsesión por el dolor.

No hacer depender del dolor el contacto con el sistema sanitario; suprimir esta vinculación.

Tratamiento del dolor desde el punto de vista psiquiátrico²⁵

1. Somatoterapia

1.1 Retirada de analgésicos

1.2 Farmacoterapia

1.2.1 Neurolépticos

1.2.2 Antidepresivos

1.2.3 Tranquilizantes

2. Psicoterapia

2.1 Terapia hipnótico-sugestiva

2.2 Terapia relajante

2.2.1 Procedimientos activos autohipnotizantes

2.2.1.1 Entrenamiento autógeno

2.2.1.2 Hipnosis activa progresiva

2.2.1.3 Relajación activa

²⁴ KAPLAN, Harold I.; *ibidem*; pág. 1264

²⁵ SOYKA, Dieter; "Tablas del dolor"; Edit. Rhone-poulenc rorer; Alemania; 1996, pág. 12

DOLOR FANTASMA

El tratamiento para el dolor de los miembros fantasma ha sido cortar los nervios por encima de estos neuromas, cortar las raíces dorsales que llevan la información aferente de estos nervios a la médula espinal, o bien lesionar las trayectorias somatosensoriales de la médula espinal, el tálamo o la corteza cerebral. A veces estos procedimientos funcionan por un tiempo, pero muchas veces el dolor regresa.

TRASTORNO POR SOMATIZACION

A falta de estudios sistemáticos del tratamiento del **trastorno por somatización**, no es posible hablar concluyentemente de los enfoques terapéuticos. Los pacientes son reacios a muchas de las técnicas específicas útiles en otras enfermedades psiquiátricas, una generalización que se confirma por la observación de que, a pesar de una amplia atención médica, estos pacientes siguen un curso crónico que dura muchos años. Hay que prestar especial atención a evitar que el paciente se someta a múltiples pruebas diagnósticas y quirúrgicas innecesarias por parte de médicos no familiarizados con la naturaleza del trastorno por somatización. Para evitar este tratamiento innecesario, hay que informar al paciente, a su familia y a sus médicos tanto de las características clínicas del síndrome como de la tendencia de muchos pacientes a someterse a todo tipo de tratamiento médico y quirúrgico, intervenciones que, a lo sumo, son inútiles y además pueden complicar gravemente el curso clínico y la morbilidad. Al mismo tiempo, hay que reconocer que el paciente con trastorno por somatización, como cualquier otro ser humano, puede sufrir *enfermedades físicas graves que exijan un tratamiento somático. La aparición de síntomas nuevos e infrecuentes debería alertar al médico hacia esta posibilidad.*

TRASTORNO POR CONVERSION

El psicoanálisis se sugiere como la medida terapéutica más extensa y profunda tiene más tendencia a producir cambios permanentes en el sentido de la mejoría, tanto en los síntomas como en la estructura de la personalidad de los pacientes. Sin embargo, pueden obtenerse resultados duraderos y buenos métodos menos largos, y así se han obtenido éxitos con técnicas de hipnoanálisis.

TRASTORNO POR DOLOR PSICOGENO

El tratamiento es extraordinariamente difícil. Dada la acusada falta de disposición psicológica, los pacientes no suelen responder, o incluso se muestran totalmente contrarios, a las técnicas tradicionales de la psicoterapia. En raras ocasiones, como resultado de su persistente confrontación por parte del médico, el paciente puede empezar a reconocer los orígenes emocionales de sus síntomas, y, al cambiar el enfoque a la exploración de sus dificultades interpersonales, experimenta un alivio de los síntomas mediante la resolución de sus conflictos. Sin embargo, en la mayoría de los casos lo mejor que puede esperarse es que el paciente establezca una relación de confianza y apoyo con un único médico que pueda mejorar algo su dolor y al mismo tiempo le libre de la reiterada visita a diversos médicos, con la consiguiente repetición innecesaria de estudios diagnósticos y de intervenciones médicas y quirúrgicas innecesarias. Ya que la complicación más seria de este trastorno es en sí la iatrogenia.

HIPOCONDRIASIS

Los individuos con el trastorno son frecuentemente ofendidos con la sugerencia que sus miedos o sospechas podrían ser irreales, y por eso rehusan referencias para cuidados de salud mental y no son frecuentemente vistos en instituciones de salud mental.

Por lo general, lo mejor que puede ofrecerse a los pacientes hipocondríacos es una comprensión y *relación de apoyo* en la que uno escucha atentamente sus quejas, pero se abstiene de desafiar sus síntomas o de privarle de su <estado> de invalidez. Con este tipo de relación, algunos pacientes pueden llegar a establecer relaciones estables que mediante visitas regulares les liberen de sus ansiedad y les ahorren el inútil rodar de una clínica a otra y de uno a otro médico. Esta relación no necesariamente tiene que ser con un psiquiatra, pero es importante que el psiquiatra sea accesible para formular consultas y proporcionar consejo.

CONCLUSIONES

Por lo expuesto anteriormente e llegado a la conclusión de que nosotros como Cirujanos Dentistas y que trabajamos diariamente con el dolor es muy importante conocerlo bien para poder llegar a un buen diagnóstico, que debemos saber identificar bien los tipos de dolor con los que nos enfrentamos por que puede darse el caso que haya signos y síntomas psicológicos que provoquen la complicación del dolor y en muchos de estos casos ya no es nuestro compromiso tratar si no identificar y remitir al especialista el cual debe estar ampliamente capacitado para que proporcione un tratamiento eficiente y adecuado a los trastornos psicológicos que se presenten y poder evitar así los tratamientos innecesarios

Debemos siempre tomar como base nuestros conocimientos y entre mas amplios sean estos, se podrá dar una mejor atención al paciente.

Hay que estar consciente de que una persona es un ser individual y que como tal es muy difícil estandarizar pero teniendo los conocimientos adecuados, en este caso del dolor, podremos dar un tratamiento mas eficaz para sus necesidades.

A la realización de este trabajo pude detectar que es muy común que en nuestra consulta privada se presenten pacientes con las características psicológicas aquí descritas y que por nuestra ignorancia no hemos sabido detectar llevando así al paciente a innumerables tratamientos que tal vez fueron innecesarios y que si se hubiera llegado a un buen diagnóstico temprano se hubieran manejado de otra manera.

Por lo tanto aunque el campo psicológico es muy avanzado y día a día avanza a pasos agigantados es bueno e importante tener una buena base de ella, ya que nosotros tratamos ampliamente el campo psicológico en nuestro consultorio y que si desconocemos totalmente esta área no podremos dar el tratamiento integral que buscamos obtener.

BIBLIOGRAFIA

P.PRITHVI RAJ

Tratamiento Practico del dolor

Edit. Mosby / Doyma libros

2ª edición

1995

MARCUS KRUPP

Diagnostico clínico y tratamiento

Edit. El manual moderno

1975

STEVEN A. SCHROEDER, MARCUS A. KRUPP

Diagnostico Clínico y tratamiento

Edit. Manual Moderno

28ª edición

1993

TINTINALLI KROME RUIZ

Medicina de urgencias

Edit. Interamerica, McGraw-Hill

3ª edición

1993

DIETER SOYKA

Tablas del dolor

Tomo I y II

Edit. Intersistemas

1996

CHARLES K. HOFLING

Tratado de psiquiatría

Edit. Interamericana

1967

CHARLES K. HOFLING

Tratado de psiquiatría

Edit. Interamericana

1976

NEIL R. CARLSON
Fundamentos de psicología fisiológica
3ª edición
Edit. Prentice Hall
1996

RODRIGO GUTIERREZ CORCOLES
Temas de psicología médica
Edit. Marova
1973

EDWARD V. ZEGARELLI
Diagnostico en patología oral
Ed. Salvat
1979

L. SCHWARTZ
Dolor facial y disfunción mandibular
Edit. Mundi
1973

HAROLD I. KAPLAN, BENJAMIN J. SADOCK
Tratado de psiquiatría
Tomo I y II
2ª edición
Ed. Salvat
1989

EDWARD RUBENSTEIN, DANIEL FEDERMAN
Scientific American Medicina
Tomo I
Ed. Científica médica latinoamericana de México
1989