

295



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE  
ALTERACIONES PSICOSOMÁTICAS  
EN : HISTERIA Y PSICOSIS.

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

CLAUDIA LUZ LÓPEZ RANGEL

299.15

DIRECTOR: C.D. NICOLAS PACHECO GUERRERO.  
ASESORA: C.D. ELVIRA DEL ROSARIO GUEDEA  
FERNÁNDEZ.



México

*Ja Boydel*



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.

---

## INTRODUCCIÓN

A pesar de que en los últimos años el avance de la ciencia ha sido extraordinario y que en la actualidad se tienen más conocimientos sobre los procesos patológicos; el dolor sigue siendo el flagelo más grande del cual la humanidad no se ha podido escapar.

Si bien el Dolor es una experiencia única e individual, es importante empezar a tomar en serio los mecanismos responsables de su desarrollo, así como las formas para interrumpir su progresión y, contemplar la posibilidad de que dicho dolor incluya o se derive de un factor psicológico.

El error más grande en el que cae un clínico, es creer que toda enfermedad tiene una alteración física asociada a ella. Una vez que se ataca la causa y que ya no debiera existir evidencia de la enfermedad, no puede, sin embargo, explicarse por que el dolor que se originaba de ese padecimiento continúa. Entonces es cuando considera que hay problemas psicológicos en el paciente. El profesional no debe nunca olvidar la importancia psicológica en los dolores faciales, ya que la cara y la boca son estructuras fundamentales y necesarias para la vida.

Este trabajo proporciona información sobre aspectos psicosomáticos en las afecciones bucodentales, así como la diferenciación de estas con trastornos mentales graves como la Histeria y la Psicosis.

---

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ALTERACIONES PSICOSOMÁTICAS EN: HISTERIA Y PSICOSIS.

### ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	I
ANTECEDENTES .....	II
JUSTIFICACIÓN .....	V
OBJETIVOS .....	VI
PALABRAS CLAVE .....	VII
	Pag.
I. DOLOR PSICOSOMÁTICO .....	1
1.1 MEDICINA PSICOSOMÁTICA .....	2
1.2 MECANISMOS DE DEFENSA .....	4
II. HISTERIA	
2.1 DEFINICIÓN .....	5
2.2 TIPOS DE HISTERIA .....	5
2.2.1 HISTERIA CONVERSIVA .....	6
2.2.2 HISTERIA DISOCIATIVA .....	8
2.3 PERSONALIDAD HISTÉRICA .....	10

### III. PSICOSIS

3.1	DEFINICIÓN -----	12
3.2	CLASIFICACIÓN -----	13
3.2.1	PSICOSIS ASOCIADAS A TRASTORNOS FUNCIONALES DEL SISTEMA NERVIOSO -----	13
3.2.1.1	ESQUIZOFRENIA -----	14
3.2.1.2	MELANCOLÍA INVOLUTIVA -----	17
3.2.1.3	PSICOSIS MANÍACO DEPRESIVA -----	19
3.2.2	PSICOSIS ASOCIADAS A TRASTORNOS ORGÁNICOS -----	22
3.2.2.1	DELIRIO -----	22
3.2.2.2	DEMENCIA -----	23
3.2.3	PSICOSIS ASOCIADAS A SÍNDROMES CEREBRALES ORGÁNICOS -----	25
3.2.3.1	SÍNDROME AMNÉSTICO -----	25
3.2.3.2	ALUCINOSIS -----	26
3.2.3.3	SÍNDROME DELIRANTE ORGÁNICO -----	26
3.2.3.4	SÍNDROME ORGÁNICO AFECTIVO -----	27
3.2.3.5	SÍNDROME ORGÁNICO CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD -----	28
3.2.3.6	INTOXICACIÓN -----	28

---

IV AFECCIONES BUCODENTALES DE ORIGEN PSÍQUICO — 30

4.1 TRASTORNOS DE CONVERSIÓN  
(MEDIADOS POR EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL) — 31

4.1.1 TRASTORNOS MOTORES POR HIPERFUNCIÓN-- 31

4.1.1.1	TICS	31
4.1.1.2	TARTAMUDEZ	32
4.1.1.3	TEMBLOR DE MEJILLAS, LABIOS Y LENGUA	32
4.1.1.4	CONTRACTURAS	33
4.1.1.5	BRUXISMO Y APRETAMIENTO DE LOS DIENTES	33
4.1.1.6	TRISMO PSICÓGENO	35
4.1.1.7	MORDISQUEO DE MEJILLAS Y LABIO	36
4.1.1.8	FROTACIÓN LINGUAL (SUCCIÓN)	37
4.1.1.9	SÍNDROME DISFUNCIONAL DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR	38

4.1.2 TRASTORNOS MOTORES POR HIPOFUNCIÓN — 40

4.1.3 TRASTORNOS SENSITIVOS — 40

4.1.4 TRASTORNOS SENSORIALES — 43

4.2 TRASTORNOS NEUROVEGETATIVOS O  
PSICOFISIOLÓGICOS  
(MEDIADOS POR EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO)- 44

4.2.1 SIALORREA	44
4.2.2 QUEILITIS GLANDULAR	45
4.2.3 AFTAS BUCALES	45
4.2.4 HERPES LABIAL	46
4.2.5 EDEMA ANGIONEURÓTICO	47

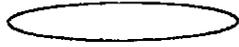
V. TRATAMIENTO ALTERNATIVO DE LOS TRASTORNOS  
PSÍQUICOS EN LA CONSULTA DENTAL 48

CONCLUSIÓN

BIBLIOGRAFÍA

CONSULTA ELECTRÓNICA.

## DEDICADA A



OSCARIN:

Por ser él ser que me dejó como enseñanza su nobleza y amor a la familia, la bondad de su alma y su espíritu de niño.

Este logro va dedicado a ti, por que sé que tu también lo hubieras alcanzado.

Que Dios te bendiga y te tenga a su lado, y permita que tu esencia perdure siempre en el corazón y la mente de toda nuestra familia.

TE QUERREMOS SIEMPRE.

## AGRADECIMIENTOS.

A MI DIOS:

Por la familia que me diste y por la oportunidad que me brindas de ver la luz cada día

A MIS PADRES:

Por todas las cosas gratas que le han dado a mi vida, y por permitirme ser su hija. Con todo mi ser: **LOS QUIERO MUCHO.**

A RAÚL, LAURA Y CHUY:

Por el hecho de ser lo que son y compartir conmigo el amor de nuestra familia.

A CO:

Por darme la fuerza para creer en mí; por todo tu apoyo. **TAMACHP.**

A MI CHIQUITA:

Por ser algo importante y bello en mi vida. Siempre estarás en mi recuerdos.

**QUE DIOS LOS BENDIGA.**

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

La Histeria fue nombrada desde la antigüedad por Hipócrates (s. V a.C) quien decía que tal enfermedad se manifestaba violentamente en paroxismos y crisis convulsivas, producida por un cambio de lugar de la matriz, la cual necesitaba acercarse al hígado para humedecerse y una vez que regresaba a su sitio original, cesaba el cuadro clínico.

Galeno (s. II d.C) consideraba a la matriz un órgano fijo, que si presentaba obstrucción del útero y ahogo por la corrupción de materias seminales, provocaba la histeria. Decía que el hombre también padecía de histeria cuando se corrompían en él sus propias sustancias seminales.

Durante la edad Media a pesar de que médicos como Jean Fernel y Ambrosio Paré seguían considerando a la matriz como un órgano movido y por lo tanto a la histeria como enfermedad propia de la mujer, se propagó la idea de que estas manifestaciones eran producto de posesiones, demonolatría y brujería, y cuyas confesiones se obtenían mediante tortura.

Carlos Lepois a principios del s. XVII sostuvo que la matriz no tenía ninguna participación en las manifestaciones histéricas, sino que estas eran debidas a una enfermedad cerebral. Lepois no sólo rompió con las ideas de sus predecesores y contemporáneos, fue capaz de aducir una patogenia general posible de confirmación actual.

El s. XVIII muestra la oposición entre quienes pensaban que la histeria era una enfermedad nerviosa y los que creían en su génesis uterina. Comienza a tomar vigor la consideración de la enfermedad en el plan Psicológico, adquiriendo pleno auge en el s. XIX. Brodie (1837) se refiere al papel de la autosugestión como parte de la histeria.

Briquet (1859) equipara los síntomas histéricos con las expresiones emotivas normales, considerándolos trastornos de los actos vitales, producidos por una enfermedad encefálica.

Charcot a finales del s. XIX habla de la gran sugestibilidad del histérico, de la fuerza de su inconsciente y del mecanismo psíquico de fijación de una representación mental y su exteriorización mediante un acto. Sostuvo y fue el primero en demostrarlo, que la histeria era un padecimiento psíquico y no una enfermedad orgánica cerebral.

Muchas teorías surgen a partir de este criterio y cuyas conjeturas parten de una concepción psíquica sobre la histeria, en las que ya no importa el cuadro clínico sino el mecanismo psicopatogénico; los síntomas en cierto sentido, no son investigados directamente por la observación y la propedéutica, sino que su diagnóstico proviene de la cualidad del histérico apoyada en una hipótesis. El desarrollo de estos "falsos" supuestos patogénicos fue criticado por Lepois (s. XVII) ya que convierten a la histeria en una problemática teórica sin paralelo.

Freud siendo alumno de Charcot, procuro lograr un concepto psíquico de la histeria, en donde la angustia se convirtió en el síntoma físico, símbolo que se expresa ocultamente reprimido, propio de los sujetos perturbados en el Edipo por fijación del libido en la etapa genital infantil.

Aunque su doctrina es seguida aún por algunos discípulos, es difícil hacer que sus postulados teóricos sean aplicables a la semiología clínica. Por desgracia, su genio especulativo y el atribuirle a la histeria el síntoma de angustia como comodín, hizo que las investigaciones sobre este padecimiento se quedaran paralizadas por décadas.

La consecuencia hasta este momento, a sido la formación de escuelas psicoanalíticas con sus respectivas doctrinas, cuyos esfuerzos por presentarlas como explicación de la totalidad del individuo, han pasado a ser intentos fallidos, al olvido del sustrato orgánico del que parte toda psiquis, así como de las diferencias individuales naturales que son ignoradas, cuando su trascendencia en la Psicología y en la vida humana son tan importantes.

La Histeria fue la afección típica del pasado; ahora, es rara en sus formas puras, en tanto que la Psicosis y la Depresión aumentan en la actualidad día con día.

Por su parte, el concepto de Psicosis resulta polémico desde sus inicios. En un comienzo las psicosis eran entendidas como un suceso relacionado con una posesión divina.

En el s. XVIII era considerada cosa de enfermos lunáticos, por lo que al que la padecía y por temor al contagio, se le condenaba al aislamiento.

Es en este punto donde el psicótico pasa a ser objeto de estudio para la Psiquiatría, la cual intentó transformar racionalmente los síntomas en signos objetivos, dando lugar a la intervención e investigación neurofisiológica, permitiendo así, el crecimiento de la psicofarmacología.

Ya en el siglo XX, es cuando se intenta dar una perspectiva diferente de la psicosis, por medio del Psicoanálisis, que lejos de reducir los signos a síntomas con que la clínica psiquiátrica intentaba capturar su objeto de conocimiento, privilegia la escucha sobre la mirada.

## JUSTIFICACIÓN.

El Cirujano Dentista en su consulta diaria no sólo se enfrenta a padecimientos bucodentales de etiología definida, con signos y síntomas propios de una enfermedad o lesión determinada, sino que también lo hace con dolencias que no tienen una razón clara, producto en muchas ocasiones de alteraciones psicológicas en el paciente o por trastornos mentales ya establecidos; como es el caso de la Histeria y la Psicosis, que en base al conocimiento de sus características, y a su diagnóstico oportuno, permitirá al odontólogo aplicar un tratamiento alternativo y en la medida que le sea posible orientar al paciente en la necesidad de llevar a cabo una terapéutica psicológica realizada por un especialista en esta rama.

El interés y empatía que se genere por parte del clínico, permitirá una adecuada relación médico-paciente, y una disminución en el fracaso de la gran mayoría de sus tratamientos.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Orientar al Odontólogo Clínico en la identificación de trastornos Psicosomáticos y su relación con los dolores bucodentales.

### OBJETIVO ESPECÍFICO

El Cirujano Dentista diferenciará afecciones psicosomáticas de trastornos psíquicos ya establecidos, y aplicará en la medida posible tratamientos alternativos compaginados con una atención psicológica que permitan al paciente mejorar su calidad de vida. Canalizará en aquellos casos donde sea necesario una terapéutica Psiquiátrica más específica para cada caso.

## PALABRAS CLAVE.

**Afectivo.**- Perteneciente o relativo a un sentimiento o, a un estado mental.

**Ageusia.**- Pérdida o alteración del sentido del gusto.

**Alucinógeno.**- Que produce alucinaciones.

**Alucinación.** Percepción sensorial sin fundamento en el mundo exterior. Puede ser auditiva, gustativa, olfativa, visual, etc.

**Alucinosis.**- Psicosis caracterizada por alucinaciones, Puede ser Aguda o Alcohólica.

**Amnesia.**- Pérdida o debilidad notable de la memoria, en especial, Incapacidad para recordar cosas ocurridas.

**Angustia.**- Aflicción, congoja, ansiedad, zozobra, dolor moral profundo.

**Anoxia.**- Ausencia de oxígeno en la sangre.

**Ansiedad.**- Sentimiento de aprensión, incertidumbre y temor sin estímulo manifiesto, acompañada de signos fisiológicos (taquicardia, sudación, temblor, etc.)

**Anterograda.**- Que se mueve o extiende hacia adelante.

**Apatía.**- Falta de sentimiento o emoción.

**Autismo.**- Estado en el que el individuo es dominado por tendencias de pensamiento o conducta subjetiva centradas en él mismo.

**Autosugestión.**- Aparición espontánea en la mente de ideas producidas en el individuo mismo.

**Cacestesia.-** Cualquier sensación patológica o cualquier trastorno de la sensibilidad.

**Cacogeusia.-** Gusto desagradable. Ocurre a veces como ilusión somática en la psicosis.

**Catatónico,ca.-** Individuo que padece esquizofrenia.

**Cavilar.-** Pensar mucho en alguna cosa.

**Cefalea.-** Dolor de cabeza: Tipo que resulta de trabajo excesivo duradero, de tensión emocional o de ambas cosas , que afecta especialmente la región occipital.

**Climaterio.-** Síndrome de cambios endocrinos, somáticos y psíquicos que ocurre al terminar el periodo reproductor en la mujer.

**Compulsivo.-** Impulso irresistible para efectuar un acto contrario al juicio o a la voluntad del sujeto.

**Consciencia.-** Conocimiento interior de la existencia propia y de sus modificaciones. Respuesta de la mente a las impresiones captadas por los sentidos.

**Contracción.-** Acción y efecto de contraerse. Convulsión, atrofia, espasmo.

**Conversivo, va.-** Nombre ideado por Freud para el proceso por virtud del cual las emociones se transforman en manifestaciones físicas (motoras o sensitivas).

**Crisis Convulsiva.-** Serie de contracciones involuntarias y violentas de los músculos voluntarios.

**Delirio.-** Trastorno mental caracterizado por ilusiones, alucinaciones, ideas no sistematizadas, excitación cerebral, intranquilidad física e incoherencia, cuyo curso es bastante breve.

**Delirium.-** Delirio Tremens. Trastorno mental agudo, caracterizado por delirio con temblor y gran excitación, acompañado de ansiedad, perturbación mental, sudación, síntomas gastrointestinales y dolor precordial. Es una de las formas de la psicosis alcohólica y suele observarse después de suspender la ingestión abundante de alcohol.

**Delirante.-** Que delira, desvariar, sufrir delirio.

**Demencia.-** Locura, enajenación mental. Pérdida orgánica de las funciones intelectuales.

**Depresión.-** Síndrome psiquiátrico que consiste en pesimismo y tristeza, retardo psicomotor, insomnio y pérdida de peso, a veces concomitantes con sentimientos de culpa, y preocupaciones somáticas, con frecuencia de proporciones delirantes.

**Discordante.-** Que discuerda. Contrariedad, discrepancia.

**Disfagia.-** Dificultad para tragar.

**Disfasia.-** Trastorno del habla; consiste en la falta de coordinación e incapacidad para ordenar las palabras debidamente.

**Disfunción.-** Perturbación, menoscabo, o anomalía de la función de un órgano.

**Dislalia.-** Trastorno de la emisión de la voz con anomalía de los órganos externos del habla.

**Dislogia.-** Perturbación de la facultad de razonar; también, trastorno del habla causado por desórdenes mentales.

**Ego.-** Parte de la psiquis que posee consciencia, mantiene la identidad; reconoce y pone a prueba la realidad, el sentido consciente de lo propio; yo.

- Endógeno, na.-** Que crece desde el interior. Se desarrolla o se origina dentro del organismo o que nace de causas internas al organismo.
- Epilepsia.-** Trastorno pasajero paroxístico de la función cerebral, que puede manifestarse como ataque episódico o pérdida de la consciencia, fenómenos motores anormales, perturbaciones psíquicas o sensoriales, etc.
- Espasmo.-** Contracción involuntaria, súbita y violenta de un músculo o grupo de músculos, que se acompaña de dolor e interferencia de la función y produce movimientos y deformaciones involuntarias.
- Esquizofrenia.-** Cualquiera de los graves trastornos emocionales, generalmente de proporciones psicóticas, caracterizados por interpretación inadecuada y retraimiento de la realidad, alucinaciones, ilusiones, ambivalencia, afectividad inadecuada y conducta retraída, extraña o regresiva.
- Estrés.-** Situación de un individuo vivo, o de alguno de sus órganos o aparatos, que por exigir de ellos un rendimiento muy superior al normal, se pone en riesgo de enfermarse.
- Estupor.-** Trastorno caracterizado por disminución de la capacidad de reacción. Pérdida parcial o casi completa del conocimiento.
- Euforia.-** Sensación anormal o exagerada de bienestar, muy común en el estado maniaco.
- Flacidez.-** Laxitud, aflojamiento, debilidad.
- Fobia.-** Cualquier terror o temor persistente y anormal. Se usa como sufijo para indicar una aversión o temor morboso.
- Frustración.-** Malogración de un intento o deseo. Tensión psicológica suscitada por la existencia de un obstáculo que dificulta realizar un objetivo.

- Hemiplejía.- Parálisis de un lado del cuerpo.
- Hipergeusia.- Agudeza excesiva o anormal del sentido del gusto.
- Hipersomnia.- Somnolencia incontrolable; sueño excesivo patológico.
- Hipocondría.- Ansiedad patológica acerca de la propia salud, a menudo concomitante con síntomas numerosos y variables que no pueden atribuirse a una enfermedad orgánica.
- Histeria.- Enfermedad nerviosa caracterizada por respuestas emocionales graves en estados de ansiedad.
- Ilusión.- Impresión sensitiva falsa o interpretada erróneamente; interpretación falsa de una imagen sensitiva real. Delirio.
- Insomnio.- Incapacidad para dormir; vigilia anormal.
- Labilidad.- Inestabilidad emocional o tendencia a mostrar estados alternados de alegría y tristeza.
- Libido.- Deseo sexual. Energía derivada de los impulsos primitivos. Fuerza motriz de la vida sexual.
- Manía.- Fase de un trastorno mental que se caracteriza por estado emocional ampliado, hiperirritabilidad, verborrea o expresión aglomerada de ideas, y aumento de actividad motora. Deseo exagerado por algo.
- Maniaco.- Persona afectada por una manía.
- Melancolía.- Estado emocional de depresión e infelicidad con inhibición anormal de las actividades mentales y corporales.
- Motor.- Músculo, nervio o centro que efectúa o produce movimiento.
- Neurógeno.- Que tiene origen en el tejido nervioso, que es producido por alguna lesión del sistema nervioso.

- 
- Neurosis.-** Afección nerviosa sin aparente causa fisiológica. Trastorno emocional causado por conflictos no resueltos, en los cuales *la ansiedad es la característica principal.*
- Neurótico, ca .-** Persona afectada por una neurosis, en la que dominan las emociones sobre la razón.
- Nosología.-** Ciencia que clasifica las enfermedades.
- Obnubilación.-** Ofuscamiento. Trastorno encefálico que hace borrosa la visión.
- Parageusia.-** Perversión del sentido del gusto. Mal sabor de boca.
- Paranoia.-** Trastorno mental crónico que se caracteriza por sospechas de persecución.
- Paresia.-** parálisis ligera o incompleta.
- Parestesia.-** Sensación mórbida perversida. Sensación anormal como ardor, punciones, hormigueo.
- Paroxismo.-** Recurrencia o intensificación súbita de los síntomas.
- Percepción.-** Registro mental consciente de un estímulo sensorial.
- Psicoanálisis.-** Método que consiste en hacer que los pacientes proyecten la idea de sus experiencias emocionales y los hechos de su vida mental con el objeto de descubrir el origen del estado mental patológico.
- Psicógeno, na .-** Que tiene origen emocional o psicológico.
- Psicología.-** Rama de la medicina que se dedica a la mente y a los procesos mentales.
- Psicopatía.-** Trastorno de la mente acompañado o no de inteligencia subnormal.

---

**Psicosis.-** Término general para cualquier trastorno mental mayor de origen orgánico, emocional o de ambos tipos.

**Psicosocial.-** Relativo a los aspectos psíquicos y sociales, o ambos.

**Psicosomático.-** Relación existente entre la mente y el cuerpo; que tiene *síntomas corporales de origen psíquico, emocional o mental*, también se llama Psicofisiológico.

**Psicoterapia.-** Tratamiento cuya finalidad es producir una reacción por *efectos mentales más que físicos, empleando sugestión, persuasión, reeducación, tranquiización y apoyo.*

**Psicótico.-** Relativo a la psicosis o caracterizado por ella.

**Psiquiatría.-** Rama de la medicina que se refiere al estudio, tratamiento y *prevención de enfermedades mentales.*

**Psiquis.-** Perteneciente o relativo a la psique o mente. Mental. *Facultad humana de pensamiento, juicio y emoción; vida mental, incluidos los procesos conscientes e inconscientes.*

**Sensitivo.-** Capaz de recibir estímulos o de reaccionar a ellos.

**Sensorial.-** Perteneciente a las sensaciones.

**Sensorio.-** Centro nervioso sensitivo. Estado de un sujeto en relación con su conocimiento y su claridad mental.

**Sialorrea.-** Ptalismo. Secreción excesiva de saliva.

**Somático.-** Perteneciente o relativo al soma o cuerpo.

**Sonambulismo.-** Ambulación habitual durante el sueño. Estado hipnótico en el que el sujeto tiene posesión completa de sus sentidos pero no recolección subsecuente.

**Subconsciente.-** Imperfecta o marginalmente consciente.

**Tartamudez.-** Problema del habla, caracterizado por bloqueo o pausas involuntarias del lenguaje, a veces con repetición de sonidos.

**Tic.-** Movimiento estereotipado involuntario, compulsivo y repetitivo. Suelen ocurrir en la cara y en los hombros.

**Tortícolis.-** Cuello torcido.

**Trismo.-** Alteración motora del nervio trigémino; en especial, espasmos de los músculos de la masticación, con dificultad para abrir la boca.

**Vegetativa.-** Que funciona de manera involuntaria o inconsciente.

**Verborrea.-** Palabrería, labia. Abundancia de palabras generalmente inútiles.

**Xerostomía.-** Sequedad de la boca por falta de secreción salival.

## I - DOLOR PSICOSOMÁTICO.

El dolor físico es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño histórico o potencial en términos de dicho daño. (8)

Es una manifestación subjetiva, generalmente de defensa que el organismo utiliza ante una agresión: involucra factores sociales, económicos y psicológicos, que sumados a un componente físico dan como resultado una compleja experiencia sociopsicosomática. (10)

La importancia de los factores psicológicos en cualquier dolor depende totalmente de la experiencia emocional del individuo y de la situación particular que rodea al dolor.

El manual de la American Psychiatric Association define el dolor Psicosomático como un estado crónico y exagerado de la expresión fisiológica normal de las emociones que se encuentran reprimidas en un individuo.

Por lo tanto el dolor Psicosomático es la manifestación de una alteración orgánica ocasionada por influjo directo o indirecto de la psiquis, o ser por el contrario, la manifestación psíquica que se encuentra alterando secundariamente un trastorno orgánico. (10)

El dolor físico no sólo hiere al cuerpo, suele traer consigo confusión, frustración y fuertes cambios emocionales que pueden llevar al paciente a innumerables desordenes mentales de mayor complejidad.

## 1.1 MEDICINA PSICOSOMÁTICA.

Se ocupa de las manifestaciones somatopatológicas de una enfermedad, influenciadas por trastornos de la psiquis y del entorno social de la persona que la padece. Considera al enfermo como una persona con alma y cuerpo que reacciona como un todo inseparable. (10)

La Medicina Psicosomática surgió a partir de Kant quien por primera vez relacionó el espíritu y el pensamiento con el cuerpo físico. Esta misma relación la comprobó Wilhelm Wundt padre de la psicología a través de experimentos de laboratorio. (10)

El surgimiento de dicha corriente permitió que la Medicina Psicosomática fuera vista como una nueva especialidad médica que estudia las enfermedades relacionadas con el espíritu, el medio ambiente y su cultura, basándose en el papel etimológico que las emociones tienen sobre algunas enfermedades. (9) y (10)

El Gestaltkreis mediante su principal representante Viktor Von Weizsäcker, expone tres postulados fundamentales de la Medicina Psicosomática:

- 1 - La Umwelt, las cosas que rodean al individuo, el medio ambiente en donde vive y se desenvuelve (externo).
- 2 - La Mitwelt, su ambiente íntimo relacionado con las personas con quien vive (interno), y
- 3 - La Eigenwelt, consigo mismo, su propia identidad (mente). (3) (10)

Para la escuela de Heidelberg, la enfermedad está vinculada con el destino personal, es decir, si la enfermedad está relacionada con toda la historia previa del paciente, en forma recíproca, la historia colectiva es en gran parte el resultado de las múltiples raíces sociopolíticas, económicas, emocionales, culturales, lingüísticas, religiosas que constituyen al individuo y que a su vez están íntimamente ligadas a las circunstancias económicas, políticas, culturales, etc. del grupo humano al cual pertenece. Esto resume en lo que se basa el Modelo Psicosocial. (10)

Este enfoque psicosomáticosocial no sólo tiene valor para los enfermos psiquiátricos propiamente dicho, sino también para un gran número de enfermos funcionales de la medicina general y de las afecciones que comprometen el área bucodental.

Por lo tanto, todas las enfermedades orgánicas, incluyendo las infecciosas y tumorales, evolucionan y son influenciadas en mayor o menor grado por la psiquis. Esta influencia es mayor o menor según la personalidad del enfermo, así como de las huellas que sobre él ha dejado el medio social en el que se desenvuelve y de la capacidad que tenga para reaccionar ante un determinado estrés.

Estos puntos deben ser tomados siempre en cuenta, ya que el paciente debe ser tratado como un enfermo y no ser vista en él sólo la enfermedad.

(10)

## 1.2 MECANISMOS DE DEFENSA.

Son todas aquellas reacciones del individuo como respuesta a su estado de ánimo y emocional. Estos síntomas encierran un mensaje no verbal.

Cuando una persona es afectada emocionalmente de una manera profunda y no puede o no expresa su desesperación o angustia por medio de palabras y/o de conductas motoras; estas emociones continúan actuando dentro de su mente, quedando ocultas por un tiempo más o menos prolongado, hasta que por alguna causa especial o sin motivo aparente afloran de una manera modificada, queriendo el sujeto expresar de esa manera lo que quiso hacer cuando estaba presente el suceso inicial. (10)

Las personas afectadas por un psicopatismo, de manera general van a mostrar una serie de manifestaciones: ansiedad, depresión, conducta agresiva, hostilidades reprimidas, etc., que son más o menos inconscientes.

Algunos pacientes están conscientes que el daño es producido por ellos; otros no aceptan la relación del daño con un trastorno psíquico (no admiten que los síntomas que les aquejan son ocasionados por ellos mismos).

Lo mismo pasa con los que hacen su manifestación psicopatológica a través del sistema neurovegetativo, donde los malestares se presentan como verdaderas enfermedades con cambios histopatológicos y fisiológicos que muestran signos clínicos bien definidos; los sociopatas sin embargo suelen conocer la causa intencional, pero no la admiten, o como los psicóticos que están totalmente ajenos a considerar sus síntomas psicopatológicos causados por su trastorno. (10)

## II.- HISTERIA.

### 2.1. DEFINICIÓN.

El término histeria proviene de hysteron, del griego útero, esta basado en la antigua medicina griega y de allí que tradicionalmente se la consideraba una enfermedad propia de las mujeres. (1)

La Histeria es un tipo de neurosis o trastorno psiquiátrico leve que tiene como características: Aparición aguda, trastornos del desarrollo psicosexual en la niñez, invalidez parcial, falta de involucración de la personalidad total, mantenimiento de las fronteras del ego y de la realidad y síntomas subjetivos de ansiedad y sus derivados. (2) y (3)

### 2.2. TIPOS DE HISTERIA.

Se divide en dos tipos:

a) Histeria Conversiva

b) Histeria Disociativa.

## 2.2.1 HISTERIA CONVERSIVA

Síndrome caracterizado por alteración o disfunción somática que se manifiesta como un trastorno orgánico que sugiere una expresión o necesidad psicológica. Estos conflictos mentales representados por síntomas físicos afectan porciones del cuerpo inervadas por nervios motores o sensoriales. Estos síntomas conducen a la reducción de la ansiedad sentida.

Los síntomas físicos por lo general tienen un significado simbólico para el conflicto o el impulso inaceptable que está siendo reprimido. La ganancia primaria de los síntomas físicos es que previenen o inhiben el llevar a cabo un impulso, o crear algún compromiso de conflicto interno. (1) (2) (3)

Esta enfermedad no debe ser diagnosticada como tal cuando el síntoma es solo un dolor o es sólo un trastorno de la actividad sexual. Es de saber que la aparición o una exacerbación de los síntomas está en relación con él estímulo ambiental causal. (10)

Los principales síntomas son: zonas de sensación desordenada (regularmente con una distribución no anatómica), ceguera, sordera, debilidad de un lado del cuerpo, hemiplejía, parálisis de un miembro, debilidad de cualquier grupo de músculos motores, palpitaciones, episodios anestésicos, tics, convulsiones y movimientos recurrentes peculiares (posturas), etc. ; que no corresponden a relaciones neuroanatómicas conocidas. (1) (10)

Es importante recordar que el paciente siente realmente esta sintomatología y que sufre con su percepción, es decir, que no son inventadas por él.

Una característica adicional de la reacción de conversión es la ganancia secundaria, la cual se refiere a las ventajas ganadas por el paciente a través del hecho de estar enfermo y ser atendido, mimado y así controlar y manipular a los familiares o alguna otra persona significativa para él; por lo que se deslinda de tareas y responsabilidades e incluso se beneficia con la obtención de compensaciones económicas. La ganancia secundaria no surge de la enfermedad pero se presenta después de que esta ya está establecida. Todas estas manifestaciones, la mayoría de ellas dramáticas, nunca se presentan cuando el paciente está solo, siempre es en presencia de alguien que pueda ser testigo de la situación. Este tipo de histeria es más común en mujeres que hombres y en la actualidad es menos común que en el pasado. (1) (3) (4). Fig. 1



Fig. 1.

## 2.2.2. HISTERIA DISOCIATIVA.

Alteración de las funciones integradoras de la identidad, memoria y de la consciencia. El enfermo olvida o pierde su identidad, remplazándola por otra nueva (personalidad doble o múltiple). (4) Fig. 2 y 3

En caso de fuga el individuo sufre de amnesia masiva por un periodo específico de tiempo, en donde se marcha a rumbo desconocido y pretende olvidar todo lo relacionado con su vida anterior y con su identidad. Esta crisis se presenta inmediatamente después de un suceso o situación de estrés, pero una vez que pasa el episodio, la persona no recuerda nada. (3)

En la personalidad múltiple, el individuo muestra dos o más personalidades que contrastan mutuamente, con formas diferentes de conducta, carácter, valores morales y normas éticas, existiendo una total ignorancia de un tipo de personalidad con respecto a otra. (1) (4)

Hay casos donde el paciente sólo sufre de una amnesia psicógena que consiste en un repetido olvido de su información personal (no recuerda quien es), existiendo una indiferencia por parte del sujeto a esta situación.

La reacción disociativa más leve es el Sonambulismo, el paciente presenta una alteración de la consciencia, ya que mientras esta dormido, sin causa aparente se levanta gesticula, habla con coherencia o desordenadamente deambula, efectúa actividades sencillas y posteriormente no recuerda lo sucedido. (3)

Independientemente del tipo de histeria que se puede presentar, hay dos teorías que explican la enfermedad:

La teoría de Freud que establece que la ansiedad que se genera en esta enfermedad se debe a impulsos sexuales y/o agresivos de otra índole inconsciente, entrando en conflicto con el super yo.

La ansiedad es aliviada cuando se convierte el conflicto en un síntoma somático que generalmente tiende a simbolizar el conflicto.

La otra teoría explica que la histeria consiste en una huida a una enfermedad somática desde una relación interpersonal (con relación a otra persona), inconscientemente determinada, desarrollándose una necesidad de dependencia. Esto da lugar a que la ganancia secundaria del paciente motive su conducta. (3) (10)



Fig. 2.



Fig. 3

### 2.3. PERSONALIDAD HISTÉRICA.

Este tipo de personalidad se encuentra mejor definido en la mujer que en el hombre. Se caracteriza por actitudes y reacciones que duran toda la vida con rasgos de vanidad, autogratiicación, actitudes egocéntricas asociadas a comportamiento histriónico, dramatización o exhibicionismo. (1)

Desde el punto de vista afectivo, la personalidad histérica es lábil, emocionalmente caprichosa y con tendencia a las explosiones emocionales. Su conducta sexual incluye provocación y coquetería, las cuales van encaminadas a llamar la atención, que parecen cubrir una necesidad coerciva de dependencia cuya característica es exigir más atención. (1) (6)

Se puede decir, que muchas mujeres de este tipo fueron extremadamente mimadas y sobreprotegidas durante su infancia. Desde los primeros años muestran signos de inmadurez emocional, ya que se succionan el pulgar, tienen fetiches, fantasean con amigos imaginarios, contrarrestando un aislamiento real por lo que crecen sintiéndose aisladas, solitarias o diferentes, lo que ocasiona que estén estrechamente ligadas a la figura materna. (6)

A través de su conducta seductora tratan de obtener seguridad y poder lograr conquistar a un hombre, aunque secretamente compiten contra ellos; sin embargo se quejan de timidez. (4) (6) Fig. 4.

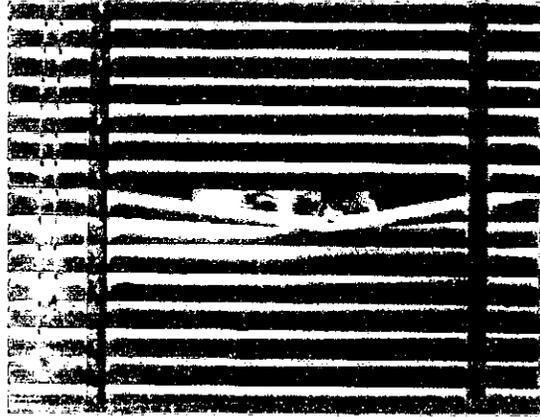


Fig. 4

En el caso de presentarse en el hombre este tipo de personalidad, este adopta el carácter de Don Juan. El impulso coercivo de conquistar sexualmente y el exhibicionismo a menudo tienen como base un sentimiento escondido de incompetencia masculina, que se asocia a la necesidad de engañar, demostrar que es más listo que cualquier otra personas y sus repetidas conquistas hacen evidente su falta de satisfacción en cada relación. (6). Fig. 5.



Fig. 5

### III. PSICOSIS.

#### 3.1. DEFINICIÓN.

Es una enfermedad mental mayor que transcurre con una pérdida total o parcial de la realidad y del contacto con el medio ambiente que rodea al que la padece. (2)

La capacidad del individuo para distinguir entre la realidad del mundo exterior y sus propios pensamientos así como sus percepciones (alucinaciones, ideas delirantes), su conducta y el contenido de la afectividad en todas sus actividades y relaciones se encuentran alteradas. En términos psicoanalíticos la función del ego o autocrítica impiden al enfermo darse cuenta de su trastorno. Es frecuente también que existan alteraciones del comportamiento y falta de orientación, y que las funciones intelectuales se encuentren perturbadas. (3) (4)

Como sucede en otras enfermedades, hay variaciones en la gravedad y fluctuaciones del padecimiento, sin embargo cualquier individuo puede tener psicosis sin necesariamente estar psicótico. (1) (4)

Es importante distinguir que el término psicótico implica locura, mientras que la psicosis es una enfermedad psiquiátrica en la cual la conducta psicótica es frecuente, pero no siempre una manifestación clínica. (4)

### 3.2. CLASIFICACIÓN.

Las Psicosis se clasifican en tres grandes categorías: (3)

- a) Psicosis asociadas a trastornos funcionales del sistema nervioso,
- b) Psicosis asociadas a trastornos orgánicos, y
- c) Psicosis asociadas a síndromes cerebrales orgánicos.



Fig. 6

#### 3.2.1 PSICOSIS ASOCIADAS A TRASTORNOS FUNCIONALES:

- A) ESQUIZOFRENIA.
- B) MELANCOLÍA INVOLUTIVA.
- C) PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA.

### 3.2.1.1 ESQUIZOFRENIA.

Trastorno mental que presenta afectación de las emociones, del pensamiento, del impulso y de la conducta. Existe un distanciamiento total de la realidad y del mundo que rodea al enfermo, pensando en su propio mundo interior (autismo). (4) (10) Fig. 7



Fig. 7

#### ETIOLOGÍA.

Es producida por una interacción de factores hereditarios y ambientales (es más común en la clase socioeconómica baja). Se considera que la desorganización social, el estrés, una interacción familiar defectuosa y una educación deteriorada, juegan un papel importante. (10)

Con relación a la base genética, estudios recientes confirman una alteración en el brazo corto del cromosoma 5 (trisomía o polimorfismo), siendo el correspondiente gen el responsable de los receptores dopaminérgicos D1. En esta enfermedad hay un trastorno del metabolismo del triptófano y la fenilalanina. (3)

## SIGNOS Y SINTOMAS.

Los individuos afectados por este trastorno presentan ideas delirantes, Persecutorias (prejuicio en su contra, falsos rumores), piensan que sus ideas han sido introducidas por algún enemigo o que le han sido hurtadas, que sus sentimientos o actitudes no son propios o impuestos por la fuerza.

(3) (4). Fig. 8



Fig. 8

La afectividad está desviada, suele ser discordante con el lenguaje (la voz suele ser monótona) y su faz inmóvil, sin expresión. El sentido del yo está alterado, así como su identidad y el significado de su existencia. Fig. 9

Percibe voces que le insultan o que le indican acciones que el paciente en algunos casos puede obedecer, lo que puede transformarlo en peligroso. Pueden producirse automutilaciones (partes sexuales, manos, labios) y agresiones a familiares o seres queridos (matricidio) sin el más mínimo motivo o simplemente actos impropios contra la moral sin que el enfermo tenga una clara consciencia sobre estos hechos. Pueden haber alucinaciones que le hacen percibir un cambio corporal (le hace falta un brazo, hay seis dedos en su mano), no reconocer su cara en el espejo, pueden percibir falsos olores, ilusiones ópticas, etc. El riesgo al suicidio está alterado. Puede haber síntomas catatónicos en el sentido de una hiperactividad muscular hasta llegar a una inhibición total, a un estupor con mutismo que lo inmoviliza totalmente. Adopta posturas extrañas como posición en crucifijo, y puede haber manierismos como marcha en pequeños pasos, muecas grotescas y gesticulaciones extrañas. (3) (4)

La esquizofrenia es una enfermedad grave y de evolución crónica puede transcurrir asintomática por largos periodos, hacer un solo episodio psicótico de gravedad variable o manifestarse por medio de crisis recurrentes que lo llevan progresivamente a un total deterioro mental y físico. Fig. 10



Fig. 9



Fig. 10

### 3.2.1.2. MELANCOLÍA INVOLUTIVA.

Trastorno afectivo mayor o melancolía involutiva es un tipo de psicosis que se caracteriza por presentarse después de los 40 años de edad, es decir, en la etapa involutiva o del climaterio. Fig. 11. Se presenta más en mujeres (entre los 40 y 55 años) que en los hombres (entre los 61 a 65 años). (3 (4))



Fig. 11



Fig. 12

Presenta una depresión intensa acompañada de preocupaciones y diversos síntomas somáticos. El proceso mental y la acción se tornan lentos y se observa autoacusación y despecho, falta de apetito, angustia que es un síntoma predominante. Son frecuentes las ideas paranoides delirio de pobreza, agitación, ideas de desgracia inminente, sentimientos de culpa, insomnio grave, trastornos perceptivos (ilusiones auditivas e interpretaciones erróneas) y tendencia al suicidio. (4) Fig. 12

En ocasiones hay un desvanecimiento de los poderes físicos y sexuales, lo que influye en forma definitiva sobre su espíritu, pensamientos y voluntad. (4)

### 3.2.1.3. PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA.

La psicosis maniaco-depresiva es una alteración patológica del estado de ánimo, acompañada de un síndrome depresivo o maníaco (alegría y tristeza), con recuperación espontánea y recurrencias. Se presenta mayormente en las clases socioeconómicas altas existiendo una indudable influencia hereditaria (la forma bipolar se transmite por un gen dominante). El primer ataque de la enfermedad ocurre por lo general a la edad de 20 a 30 años, y a menudo existe un estrés identificable. (4)

#### ETIOLOGÍA.

Hay dos formas de presentación, la unipolar (depresiones recurrentes) y la bipolar (ciclos de manía y depresión). (3)

Estos trastornos van acompañados de alteraciones bioquímicas a nivel del hipotálamo y del tronco cerebral (depresión endógena). Actualmente se acepta que estas alteraciones neuroquímicas se basan en una disminución de la actividad de la serotonina y en la hipofunción de la catecolamina y noradrenalina. (3)

## SIGNOS Y SINTOMAS.

Cuando se presenta el episodio maniaco, el paciente se ve eufórico, expansivo e irritable que suelen alterar la actividad laboral y social del enfermo, pudiendo llegar a extremos de ocasionarse daño a sí mismo o a otras personas. Fig. 13. Muestra un aumento de autoestima, una sensación de grandiosidad que puede ser delirante, su postura y gestos indican una absoluta satisfacción de sí mismo; hay disminución del sueño y un aumento en la energía para realizar todas las actividades posibles, incluso, cambia constantemente de actividad e ideas al menor estímulo externo, sin mostrar fatiga en ningún momento. Fig. 14 y 15. Su lenguaje es acelerado, cambiando a cada momento de tema sin tomar en cuenta a quien le escucha, lo que impide coordinar las diferentes ideas que expresa a un mismo tiempo. El paciente se viste exageradamente, usa prendas raras de colores brillantes, regala dinero o gasta excesivamente. (3) (4)



Figs. 13,14 y 15

En el cuadro depresivo, el paciente se encuentra deprimido, con pérdida de interés o de placer a todo lo que le rodea, indicando un estado de tristeza profunda. Hay pérdida de apetito y de peso, sufre de insomnio y a veces de una hipersomnía. Hay agitación o al contrario una marcada lentitud de la actividad psicomotora y disminución de la energía o ganas de hacer algo, sobre todo al levantarse. Tiene sentimientos de inutilidad, desinterés por todo lo que le rodea; no responde emocionalmente a las personas allegadas; tiene dificultad de pensar, siente autodesprecio, delirios de culpabilidad, de ruina, etc. El riesgo de suicidio es alto e inclusive puede asesinar a un ser querido y luego suicidarse. Figs. 16 y 17.



Fig. 16 y 17.



### 3.2.2 PSICOSIS ASOCIADAS TRASTORNOS ORGÁNICOS

Dentro de esta clasificación existen dos tipos:

- 1 - Delirio (Delirium)
- 2 - Demencia

#### 3.2.2.1 DELIRIO.

Es la disfunción que afecta el nivel mental inferior (sensorio, afecto, e instintos) del individuo. Se puede presentar a cualquier edad, pero es más frecuente en niños o en personas de más de 60 años. (3)

#### ETIOLOGÍA.

Por Intoxicación a causa de drogas, alcohol, inhalantes, sedantes, o venenos industriales; o contrariamente, por abstinencia de alguna de estas sustancias. También por infecciones, traumatismos craneoencefálicos, enfermedades vasculares, tumores craneales, enfermedades degenerativas cerebrales, agentes físicos (hipertermia, hipotermia), etc.(3)

## CARACTERÍSTICAS.

Obnubilación de la consciencia, capacidad de atención reducida. El paciente capta el ambiente en forma incompleta e inexacta. Existen alteraciones de la percepción, del pensamiento, del ciclo de vigilia-sueño, de la actividad psicomotora, de la memoria y de la orientación.

Los síntomas clínicos se desarrollan en periodos cortos (horas o días) y tienden a cambiar repentinamente.

La historia clínica, el examen físico y los exámenes de laboratorio comprueban la existencia de un factor orgánico causante del trastorno. (3)

### 3.2.2.2 DEMENCIA.

Se caracteriza por la disfunción que existe a un nivel mental superior (juicio e intelecto) que produce alteraciones de los procesos mentales adquiridos e interfieren en las relaciones sociales del individuo. Se ven alterados la memoria, el pensamiento abstracto, el juicio, el control de los impulsos y la personalidad.

El curso de este trastorno es variable puede ser progresivo, estático o remisible, estando en relación con la causa y el tratamiento oportuno y correcto que se le dé. (3)

## ETIOLOGÍA.

Puede ser debido a enfermedades degenerativas del sistema nervioso, a trastornos vasculares, metabólicos, endocrinos y nutricionales. Por tumores intracraneales, traumatismos cerebrales, epilepsia, infecciones, intoxicación, aumento de temperatura, descarga eléctrica, así como por trastornos del sistema hematopoyético. (3)

## SINTOMATOLOGÍA.

Generalmente se inicia en forma insidiosa y gradual. El enfermo es incapaz de dar y recibir afecto. Su creatividad disminuye así como su inteligencia. Vive preocupado y no puede explicar por qué. Refiere dolores a los que no es posible encontrar una causa. Presenta trastornos en la marcha, así como de la percepción. Disminuye su energía, y el entusiasmo o interés por su familia, el trabajo o cualquier otra actividad social. Se le dificulta discutir. El diagnóstico y tratamiento oportuno puede revertir este trastorno. (3) Fig. 18.

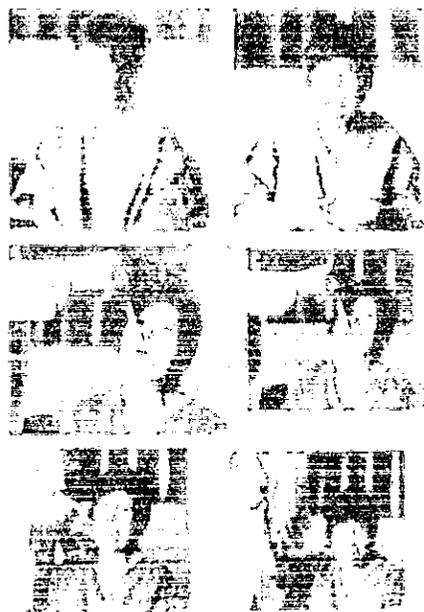


Fig. 18.

### 3.2.3 PSICOSIS ASOCIADAS A SÍNDROMES CEREBRALES ORGÁNICOS.

Este grupo de Psicosis se clasifican en seis tipos:

- 1 - Síndrome Amnestico
- 2 - Alucinosis
- 3 - Síndrome delirante orgánico
- 4 - Síndrome orgánico afectivo
- 5 - Síndrome orgánico con trastorno de la personalidad.
- 6 - Intoxicación.

#### 3.2.3.1 SÍNDROME AMNÉSTICO (síndrome de Korsakoff).

Se caracteriza por un grave trastorno de la memoria; el enfermo tiene incapacidad para recordar hechos recientes (amnesia anterograda) y disminución o incapacidad de recordar hechos anteriores a su enfermedad (amnesia retrógrada). (3)

La memoria inmediata se conserva, así como la lucidez de la conciencia (no hay Delirium). No existe deterioro grave de sus facultades mentales (no hay demencia), pero existe dificultad para aprender nueva información. (3)

## ETIOLOGÍA.

Este síndrome puede ser provocado por un traumatismo cerebral, deficiencia de tiamina, tumores cerebrales, hemorragia subaracnoidea, trastornos vasculares, infecciones intracraneales, anoxia cerebral, etc.

Cuando el síndrome es causado por alcoholismo, el enfermo presenta fabulación, es decir producciones imaginarias, que llenan los huecos que dejan las amnesias y que son tomados por el enfermo como recuerdos. (3)

### 3.2.3.2 ALUCINOSIS ORGÁNICA.

Se caracteriza por alucinaciones persistentes y recurrentes. En este síndrome no se encuentra alterada la capacidad de orientación, la lucidez y no hay deterioro de las facultades mentales. No existen grandes cambios afectivos ni presencia de ideas delirantes. (3)

## ETIOLOGÍA.

Este síndrome es causado por sustancias como el alcohol, atropina, levodopa, alucinógenos, etc. Así como por migraña, hipotiroidismo, abscesos, enfermedades cerebrovasculares, cataratas, glaucoma, epilepsia, etc. (3)

### 3.2.3.3 SÍNDROME DELIRANTE ORGÁNICO.

Es caracterizado por la presencia de ideas delirantes sin alteración de la conciencia (como en el delirio) ni de la capacidad intelectual (como en la demencia). (3)

Es provocado por factores orgánicos como el alcohol, drogas, corticosteroides, tumores cerebrales, encefalitis, neurosífilis, traumatismo craneoencefálico, enfermedades endocrinas, etc.

Las ideas delirantes son el síntoma sobresaliente. Siendo estas de persecución o de celos. Su sentido de alerta y lucidez no se encuentra alterado, sin embargo puede haber alteración de la actividad mental (hiperactividad o apatía) así como del talante. (3)

#### 3.2.3.4 SÍNDROME ORGÁNICO AFECTIVO.

Presenta cambios en la afectividad, dando lugar a trastornos depresivos o maniacos que son causa de algún factor orgánico.

Diversas drogas pueden provocar este síndrome: la reserpina, (provoca depresión) corticosteroides, levodopa, anfetaminas, alucinógenos, etc.

Algunas enfermedades endocrinas, infecciosas como la influenza, tumores cerebrales, lupus eritematoso, parkinsonismo, también pueden provocar este síndrome. (3)

La forma depresiva provoca poco apetito que a su vez origina pérdida de peso (sin estar a dieta) o por el contrario aumento de apetito con aumento de peso. Insomnio, agitación psicomotora o retardo. Pérdida del placer y del interés así como de la energía (fatiga). Falta de valoración, autorreproches, sentimientos de culpa; en forma inapropiada e irracional. Deseos de morir o ideas suicidas. (3)

En la forma maniaca se observa aumento de la actividad ya sea social, laboral o sexual, verborrea, fuga de ideas, insomnio, ideas delirantes de grandeza, y distracción por estímulos poco importantes. (3)

Su identificación hace a través de la historia clínica, el examen físico y el resultado de los exámenes de laboratorio.

### 3.2.3.5 SÍNDROME ORGÁNICO CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

Se caracteriza por cambios en la personalidad debidos a un traumatismo craneoencefálico. Siendo este factor causal el más importante. El individuo presenta un cambio evidente en su conducta y personalidad lo que provoca: labilidad emocional (cambios bruscos de carácter y llantos intempestivos), disminución del control de los impulsos (indiscreciones sexuales), apatía, e ideas paranoides. (3)

### 3.2.3.6 INTOXICACIÓN.

Es el trastorno de conducta que se genera por el uso reciente de una sustancia (alcohol, drogas, etc.) y su presencia en el cuerpo provoca trastornos de percepción, de la vigilia, de la atención, del pensamiento, del juicio, del control emocional y de la actividad psicomotora.

Entre los síntomas que presenta el enfermo es indispensable que tenga trastornos de la conducta.

La iniciación y la duración del síndrome dependen de diversos factores: cantidad de sustancia consumida, la rapidez con que se ha comido o tomado, la tolerancia individual, estatura y peso.

La intoxicación generalmente dura unas horas, pero puede prolongarse por varios días; incluso puede complicarse y provocar la muerte o bien, si se repite, provocar Demencia o Delirio. (3)

#### IV. - AFECCIONES BUCALES DE ORIGEN PSÍQUICO.

El cuerpo humano está expuesto a un sin fin de enfermedades. Muchas de ellas presentan cuadros nosológicos donde la psiquis sin tomar en cuenta otras causas etiológicas muestra una clara influencia; dando lugar a manifestaciones patológicas donde el peso de este influjo es determinante.

(10)

Los trastornos de origen psíquico que se caracterizan por la aparición de alteraciones o disfunciones somáticas que sugieren un trastorno orgánico, pero que en realidad surgen como expresión de un conflicto o necesidad de orden psicológico son de tipo conversivo.

Por el contrario, las llamadas enfermedades vegetativas engloban un grupo de trastornos donde las manifestaciones orgánicas se presentan con verdaderos cambios tanto histopatológicos como fisiológicos, que muestran evidencia clínica bien definida.

Las afecciones bucales ocasionadas por un trastorno o enfermedad de origen psíquico se dividen en:

1. - Trastornos de Conversión, mediados por el Sistema Nervioso Central, o
- 2- Trastornos Vegetativos o reacciones Psicofisiológicas, mediados por el Sistema Nervioso Autónomo.

## 4.1 TRASTORNOS DE CONVERSIÓN (MEDIADOS POR EL S.N.C)

Estos trastornos de conversión pueden ser de carácter Motor, Sensitivo o Sensorial, que a su vez pueden ser producidos por Hiperfunción o Hipofunción; por Disfunción o Parafunción.

### 4.1.1 TRASTORNOS MOTORES POR HIPERFUNCIÓN.

En estos trastornos se observa una hiperactividad motora que ejerce el sujeto continuamente de manera inconsciente, principalmente relacionados a situaciones de angustia y tensión. Algunas formas son ejercidas también durante el sueño como producto de las tensiones sufridas durante el día. (10)

#### 4.1.1.1 TICS.

Los tics tienen una clara expresión y delimitación; son contracciones involuntarias, muy breves y constantemente reiteradas de algunos grupos musculares (sobre todo de la cara) que el enfermo puede dominar por algunos segundos, sufriendo por ello y ocasionando una tensión interna creciente y la necesidad de repetir tal acción.

Estas contracciones aumentan en momentos de tensión y ansiedad, mayormente en público, lo que causa en el sujeto una gran angustia, calmándose ésta o desapareciendo transitoriamente cuando el paciente está sólo o en una placentera compañía o situación.

Esta hiperfunción en algunos casos viene ligada a síntomas fóbicos o ansiosos. Los tics tienen un origen interpersonal, en donde el paciente expresa de manera subconsciente sus angustias y conflictos internos, relacionados generalmente con personas allegadas, y que no manifiesta abiertamente a terceras personas como un acto de rebelión interna. (10)

#### 4.1.1.2 TARTAMUDEZ.

La tartamudez es un trastorno funcional del lenguaje que consiste en la repetición o bloqueo espasmódico de un sonido, una sílaba o una palabra. Este trastorno se acompaña de contracciones musculares, especialmente de los músculos de la respiración. Aunque la tartamudez es ocasionada por ciertos factores familiares, tiene una génesis análoga a la de los tics y suele ser el producto de situaciones de angustia reprimida que el paciente transfiere a terceras personas de una manera subconsciente.

El paciente se angustia por su defecto lo que provoca que el problema se haga más marcado, desapareciendo en momentos de tranquilidad espiritual, o cuando el sujeto lee o canta. (10)

#### 4.1.1.3 TEMBLOR DE MEJILLAS, MENTÓN, LABIOS Y LENGUA.

Para considerar un temblor de origen psicossomático se debe desechar primero una posible causa neurológica, por ejemplo enfermedad de Parkinson.

Los temblores de mejillas, mentón, labios y de la lengua, al igual que los que surgen en otras partes del cuerpo tienen y que son de origen psicológico suelen presentarse en estados de fobia o de angustia no expresados, basados en depresiones profundas con una tristeza muchas veces sin motivo, o quizá por angustias o temores a lo desconocido, asentadas en recuerdos conflictivos subconscientes no expresados. (10)

#### 4.1.1.4 CONTRACTURAS.

Las contracturas o Tortícolis pueden ser originadas por problemas neurológicos o musculares. Se les cataloga como de origen neurótico (tortícolis espasmódico) cuando se presenta en forma de episodios periódicos y su aparición se acompaña de otros síntomas de angustia. Se considera como resultado de una lucha interna, angustiosa, que el paciente tiende a expresar inconscientemente mediante la contracción de un músculo agonista en contraposición a su antagonista. De esta manera el paciente manifiesta sus sentimientos y percepciones a través de esa parte del cuerpo. (10)

#### 4.1.1.5 BRUXISMO Y APRETAMIENTO DE LOS DIENTES.

Estos dos actos no encuadrados en la normalidad son muy frecuentes. Pueden ser ocasionados por una mala oclusión debido a una obturación dental alta o por una prótesis dental mal adaptada. También pueden presentarse por causas exógenas como la exposición intensa y prolongada a un ambiente frío o por un momento de tensión o esfuerzo. (10)

Sin embargo, si se producen en forma repetitiva, de manera inconsciente y sin causa aparente, y principalmente cuando el individuo está dormido, permite evidenciar la presencia de un factor psíquico.

Se le llama Bruxismo al acto inconsciente de apretar los dientes y frotarlos fuertemente uno contra otros, lo que produce un sonido característico. El paciente produce estos sonidos principalmente por las noches de una manera sistemática.

El apretar de dientes es producido por la contracción inconsciente, sistemática y repetitiva de los músculos masticadores. El individuo ejecuta estas contracciones cuando está en situaciones de estrés, cuando se siente angustiado o cuando ejecuta una tarea que le es difícil, observándose en ellos una continua actividad de los músculos maseteros. Puede producirse también por las noches como recuerdo del estrés cotidiano.

En algunos casos el bruxismo y el apretar de dientes son efectuados simultáneamente por las noches, despertándose el paciente con una sensación de cansancio en la mandíbula. Estos pacientes suelen ser personas con ansiedad, depresión y que mantienen una continua tensión muscular, tensión que se observa también en otros grupos musculares como los de la nuca, cuello y espalda.

Estos trastornos suelen presentarse a consecuencia de un estrés crónico y que al disminuir la tensión que lo produce, tanto el bruxismo como el apretar de dientes disminuye en intensidad e inclusive desaparecen. (10).

El bruxismo y el apretar de diente son factores importantes en la génesis de algunas periodontopatías e influir notoriamente en la aparición de una hiperactividad de la musculatura masticatoria que a su vez puede afectar a la Articulación Temporomandibular.

El bruxismo neurógeno (orgánico) debe ser diferenciado del anterior ya que este se observa en ancianos que han sufrido microinfartos o lesiones arterioescleróticas a nivel del área motriz de la corteza cerebral, ocasionándoles movimientos de bruxismo diurnos y nocturnos capaces de desgastar totalmente la dentadura existente. (10)

#### 4.1.1.6 TRISMO PSICÓGENO.

Es una contractura total o parcial de la musculatura masticatoria que impide la apertura bucal, ocasionada por una neurosis de angustia reflejada como un suceso de conversión. El paciente responde a una angustia crónica reprimida con una imposibilidad para abrir la boca (contractura histérica) manifestando de esta manera su estado de ánimo. El paciente no reconoce la relación de su trastorno con algún suceso que le preocupa, ni admite su estado de angustia. La desaparición del trismo psicógeno se logra cuando por medio de un psicoanálisis el enfermo relata el motivo de su angustia.

El trismo psicógeno debe ser diferenciado del trismo reflejo ocasionado por una disfunción de la ATM; del trismo inflamatorio que se puede presentar como respuesta a un traumatismo muscular o a una infección que infiltra los músculos masticadores y del apretar de dientes ya que en el cual el paciente si puede abrir la boca. (10)

#### 4.1.1.7 MORDISQUEO DE MEJILLAS Y LABIOS

El mordisqueo de la mejilla o del labio, descrito por Shürmann (1966), se presenta clínicamente como un área opaca y blanquecina, cubierta por minúsculos flecos desprendidos a nivel de la línea de crenación y en casos más severos en zonas más extensas. Cuando son muy abundantes forman figuras lineales o redondeadas de contorno irregular (como guirnalda). Se presentan también en la cara interna de los labios, principalmente del inferior (labiorum). (10)

Este trastorno es producido por un ligero mordisqueo continuo, que tiende a arrancar estos flecos y que se ve acompañado de un constante movimiento palpatorio de la lengua.

El paciente practica este hábito de manera inconsciente, en momentos de duda, de irresolución o de cavilación. Este hábito que se desarrolla en forma de tic habitual se hace consciente por momentos, percibiendo el paciente un cierto dolor 'agradable' que hace que el hábito se intensifique, formando así un círculo vicioso. Es importante distinguir este hábito de una leucoplasia o del liquen plano. (10)

Este trastorno se produce generalmente por una neurosis compulsiva como también por una situación de autoagresión (histeria, esquizofrenia). (10)

#### 4.1.1.8 FROTACIÓN LINGUAL (SUCCIÓN).

Algunos pacientes que sufren de una neurosis compulsiva o de angustia, efectúan continuamente un movimiento de abatir o frotar la lengua contra las encías, los dientes, los labios y/o el paladar, tragando el sujeto continuamente la saliva, lo que produce la aparición de un cuadro que pudiera ser confundido con una ausencia real de secreción salival (pseudoxerostomía). (10)

Este movimiento que es completamente inconsciente, se presenta frecuentemente junto con sensaciones parestésicas de la mucosa o glosodinias.

En ocasiones, principalmente cuando las sensaciones de angustia se hacen más intensas, se exagera el movimiento lingual, sacando el paciente continuamente la lengua mientras habla o gesticula. En algunos casos este movimiento se produce con tanta frecuencia y rapidez que da una clara expresión de la angustia por la cual está pasando el individuo.

La lengua se observa limpia y brillante; la saliva espumosa por el continuo abatir de la lengua y que en casos de succión este órgano se ve como seco.

El paciente que suele no darse cuenta de que efectúa estos movimientos, suele quejarse de ardor y molestias en determinadas zonas de la mucosa bucal; regiones que se toca continuamente.

Pueden existir casos donde se encuentre un estado hipocondríaco, debido a fobias relacionadas con supuestas infecciones o cánceres bucales. (10)

#### 4.1.1.9 SÍNDROME DISFUNCIONAL DE LA ATM.

Este síndrome es uno de los ejemplos más interesantes de una afección psicósomática que afecta al área bucodental.

Este cuadro neuro-mio-articular atraviesa varias etapas antes de caer en lesiones orgánicas de músculos, ligamentos e inclusive de elementos propios de la intimidad articular.

El psicósomatismo va actuar como iniciador o desencadenante sobre las primeras fases de la enfermedad, siendo esta influencia determinante en la mayoría de los casos, para luego mantener y agravar el mal cuando éste ha pasado a un estado donde predominan verdaderas lesiones orgánicas. (10)

Los trastornos neuromusculares iniciales son la consecuencia de una etapa de intensa tensión emocional que al actuar sobre alguna malformación o trastorno oclusal (malposición dental, anomalía de los maxilares, etc.), lo que no siempre puede existir, afectar, por un lado la normal contractibilidad de los músculos masticatorios, ocasionando trastornos disfuncionales y trismos reactivos; y por otro lado, a través de una neurosis de conversión, provocar un estado de contracción muscular psicógena, capaz de alterar la función normal de la ATM. (10)

La importancia de factores emocionales, sociales, sexuales, afectivos y estéticos que la persona lleva íntimamente ligadas a su personalidad, en la profundidad de su consciencia, hace que cualquier estado de angustia reprimida, pueda manifestarse a través de una reacción de conversión, muchas veces de presentación tardía, con sucesos de contracción muscular, capaces de alterar la función de la articulación. (8) (10)

Por medio del psicoanálisis se ha encontrado en muchos pacientes la existencia de conflictos interpersonales basados en fracasos de rebelión contra figuras autoritarias que en la mayoría de los casos conviven con ellos, y que tienen influencia negativa sobre su maduración e independencia. Esto tiende a generar una intensa hostilidad, crónicamente reprimida por temor o por culpa; la agresión no canalizada de forma motora o verbal hacia el exterior, se vuelve contra el propio sujeto, mediante un mecanismo de conversión motora-muscular.

La importancia de la musculatura masticatoria dentro de la mímica emocional se observa claramente en los gestos de apretar los dientes en momentos de tensión, temor, atención, ansiedad o ira reprimida.

Estos cuadros disfuncionales pueden llegar a ser de extrema violencia, produciendo o bien dolores intensos a la masticación y a la apertura bucal, ocasionar luxaciones fijas repetidas así como un impedimento para abrir la boca que puede llegar a una situación de trismo total; suelen hacerse más intensos en momentos de estrés y angustia como se observa en los estudiantes durante la época de exámenes, en personas con conflictos familiares o amorosos, en tensiones laborales, durante estudios intensos o preocupaciones.

Este trastorno en la articulación temporomandibular puede ser producido también por un mal hábito como el bruxismo, apretar los dientes, etc. Ocasionados igualmente por situaciones de ansiedad y depresión. (10)

#### 4.1.2 TRASTORNOS MOTORES POR HIPOFUNCIÓN.

Dentro de estos trastornos se encuentran la flacidez muscular, parestias, y la parálisis histérica cuya génesis es debida a trastornos psicológicos o psiquiátricos. Estas características han sido descritas en los síntomas que se presentan en las alteraciones psicósomáticas por Histeria o Psicosis; en las cuales los pacientes describen la cara como dormida o con parálisis, sin que en realidad se observen tales cuadros. (10)

En la Histeria, se producen parálisis relacionadas a movimientos disfuncionales de la mandíbula que no permiten la acción de masticar, deglutir e inclusive de respira, por una supuesta debilidad muscular.

#### 4.1.3 TRASTORNOS SENSITIVOS.

En estos trastornos se engloban ciertos cuadros dolorosos llamados Trastornos Somatoformes, en cuya etiología se encuentran estados hipocondríacos, de conversión, depresiones y neurosis de angustia.

Los trastornos somatoformes son trastornos mentales caracterizados por la percepción de síntomas físicos que sugieren la existencia de una alteración somática, sin que existan hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos que expliquen su presencia. Esto permite suponer que estos síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psíquicos. (10)

La producción de los síntomas no se encuentra bajo control voluntario, es decir, que el paciente no decide el momento del dolor, el sitio donde se va a presentar, ni su intensidad; y en ningún momento inventa su existencia, el paciente efectivamente siente el dolor. Los dolores son poco precisos, vagos y suelen cambiar de sitio o presentarse en forma y regiones insólitas. (8) (10)

Los pacientes suelen fijar el dolor en los pómulos, en el cuerpo mandibular, en los procesos alveolares incluyendo a veces los dientes, en la lengua, etc.

Una característica importante que hay que notar en este tipo de trastorno, es el hecho de que el paciente describa un dolor intenso sin que exista en él un sufrimiento equivalente al dolor descrito, además de que los síntomas sean cambiantes al ser interrogado el paciente en diferente ocasión. Es posible que el paciente refiera que buscó ayuda profesional repetidas veces sin encontrar alivio de su mal. Este tipo de pacientes no reconocen ni suelen aceptar la causa psicógena de su mal. (8) (10)

Este trastorno se observa principalmente en personas que se encuentran bajo tensión emocional, con depresión o en estados de angustia.

La cefalea y la jaqueca pueden producirse igualmente por factores psicológicos, presentándose en personas que se encuentran bajo intenso estrés, que sufren angustia o depresión.

En la génesis de los dolores bucodentales, se destacan muchos factores, entre los cuales los psíquicos juegan un papel de mucha importancia. Esta génesis psíquica puede ser la ocasionante directa o sólo actuar como agravante de un dolor orgánico ya existente. (8) (10)

El dolor y ardor de la lengua pueden ser síntomas de una depresión de grado variable, de preocupación excesiva o de poca satisfacción de una vida afectiva y/o sexual, así como por fobias, angustia o ansiedad.

La mayoría de los pacientes que presentan este síntoma son mujeres en una edad que corresponde a la etapa del climaterio menopáusico.

En los hombres este trastorno se observa en edades avanzadas, pudiendo ver en ellos el hábito de frotar la lengua. Estudios neurofisiológicos y psíquicos demuestran que la mayoría de los pacientes seniles que sufren de este mal, presentan cambios de percepción del sentido del gusto, combinado con una depresión, estados de angustia por abandono, de temores por enfermedad, o por problemas económicos.

Otros trastornos sensitivos como sensación de anestesia, parestesia, hiperestesia se incluyen en los dolores somatoformes.

El paciente sin causa aparente describe zonas de anestesia más o menos extensas o simplemente como una ligera sensación de sentir "dormido".

Igualmente ocurre con las parestesias e hiperestésias en labios, lengua, mentón, región infraorbitaria, que muchas veces surgen después de una intervención quirúrgica de la cual no están conformes, muchas veces sólo a consecuencia de una exodoncia. (10)

#### 4.1.4 TRASTORNOS SENSORIALES.

En estos trastornos se presenta una sensación exagerada a ciertos gustos (hipergeusia) como por ejemplo una percepción anómala de un exceso de sal; ausencia del gusto (ageusia) u otros trastornos del gusto (caceusias, parageusias) tales como un sabor metálico o a materia descompuesta.

También puede haber trastornos visuales o auditivos en forma de alucinaciones e ilusiones, debidas a una hipofunción.

Estos trastornos se encuentran entre las alteraciones psicosomáticas, principalmente en la histeria de tipo conversiva.

Es importante recordar, la importancia de hacer el diagnóstico diferencial de estos trastornos psicógenos, ya que pueden estar involucrados con enfermedades sistémicas o del sistema nervioso central. (10)

#### 4.2 TRASTORNOS NEUROVEGETATIVOS O PSICOFISIOLÓGICOS (MEDIADOS POR EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO).

Estos trastornos son considerados por algunos autores como verdaderas enfermedades psicosomáticas, debido a que sus manifestaciones orgánicas presentan verdaderos cambios fisiológicos e histológicos que dificultan el reconocimiento real de tal enfermedad. (10)

#### 4.2.1 XEROSTOMÍA O SIALORREA.

El predominio del sistema nervioso simpático en momentos de ira, temor, ansiedad, está relacionados con una secreción salival espesa y con un contenido abundante de moco; en cambio la estimulación parasimpática produce una secreción mucho más fluida.

El psiquismo alterado o las perturbaciones emocionales pueden producir Xerostomía, observándose este fenómeno con frecuencia en personas que sufren de una neurosis depresiva.

Esta disminución de lubricación normal de la mucosa bucal produce en el paciente deseos de succionar y de frotar la lengua contra los dientes y el paladar, lo que agrava el problema y permite que se origine una glosodinia. Por otra parte se pueden presentar disfagia y dislalia que el paciente puede exagerar. (10)

En el caso de los pacientes que sufren angustia puede aparecer, por el contrario, una marcada Sialorrea. El paciente va a sentir su boca llena de saliva que lo obliga muchas veces a escupir, lo que le produce más angustia y hace que tenga movimientos anómalos de lengua.

Por otra parte, existen pacientes compulsivos que imaginan una sialorrea o una xerostomía, que describen como un presunto mal. Esta saliva se muestra espumosa y a veces espesa debido a la continua succión y movilidad repetida que efectúa con la lengua el paciente. Este último cuadro se observa también en la histeria conversiva. (10)

#### 4.2.2 QUEILITIS GLANDULAR.

Este trastorno no tiene una clara explicación etiopatogénica, sin embargo se le atribuye a infecciones, factores climáticos y predisposición. Muchos autores le dan importancia a factores psicológicos por situaciones tensionales y disturbios emocionales que van a actuar como coadyuvantes en la aparición de este cuadro. (Grinspan, 1976). (10)

#### 4.2.3 AFTAS BUCALES.

Es conocido que la mayoría de los pacientes que sufren de este trastorno son irritables, sensibles al estrés cotidiano y/o vasolábiles; observándose también en personas con psicopatías. Sin embargo la mayoría de los casos no necesariamente tienen un trasfondo neurótico, ya que muchos de los afectados son "absolutamente normales en este sentido", pero muestran una especial sensibilidad al estrés, son estudiantes en época de exámenes, mujeres antes de la menstruación, personas que trabajan bajo tensión repentina o que sufren la pérdida inesperada de un familiar. Estas lesiones sanan en un lapso de ocho días. (10)

A diferencia de estas aftas, las que se presentan en sujetos que tienen una personalidad irritable, histriónica o que sufren de depresión y momentos de compulsión son de gran tamaño, perduran más tiempo, son muy dolorosas y causan una inmensa angustia en el paciente ya que éste relaciona su malestar con enfermedades malignas. (10)

---

El mecanismo psicossomático para la aparición de estas lesiones se puede explicar por la presencia de una hiperemia intensa en ciertos sitios de la mucosa bucal o por alteraciones de la peristalsis influenciadas por el sistema nervioso autónomo.

#### 4.2.4 HERPES LABIAL.

El herpes simple, producido por la infección del herpes simplex virus tipo 1, permanece estático dentro de las células epiteliales infectadas hasta que en un momento dado, durante estados febriles, irritación traumática, influencia actínica, etc., hace su aparición.

El mecanismo psicossomático por el cual se presenta el herpes según Schürmann y Col (1966), se debe a la aparición de una intensa hiperemia ocasionada por la tensión emocional que presenta el paciente. Sin embargo no se deben desechar caídas inmunológicas que permiten la activación del virus estacionario; déficit inmunológico que puede ser ocasionado igualmente por influencia psíquica.

#### 4.2.5 EDEMA ANGIONEURÓTICO.

El edema Angioneurótico o edema de Quincke tiene una etiología muy compleja; puede ser causado por factores hereditarios predisponentes, factores tóxicos alérgicos, infecciosos y otros no bien determinados, entre los cuales se discuten los de origen psíquico (Schürmann y Col. 1966). (10)

Este edema se presenta en cualquier parte del cuerpo, inclusive en el tracto intestinal y órganos internos, siendo sin embargo más frecuente en la piel, principalmente de la cara, afectando labios y mejillas.

Se presenta bruscamente sin causa aparente y perdura por varias horas o hasta días, presentándose de nuevo en un lapso indeterminado (semanas, meses o años).

La influencia psicosomática de este fenómeno se explica por medio de dos mecanismos:

1° Por efecto del sistema nervioso autónomo que produce vasodilatación seguida de una vasopermeabilidad y,

2° Debido a un efecto sobre el sistema inmunológico, causado por una alergia. (10)

## V. TRATAMIENTO ALTERNATIVO DE LOS TRASTORNOS PSÍQUICOS EN LA CONSULTA DENTAL.

Si bien, es difícil para un Cirujano Dentista tratar todos los trastornos dolorosos que comprometen el área bucodental, es más el hecho de no conocer ciertos principios básicos que permiten dar una mejor atención a nuestros pacientes. Estos principios incluyen la tolerancia de cada individuo ante una experiencia dolorosa, es decir, la cantidad de atención dada al padecimiento y las consecuencias que se originan de este, determinan directamente el grado de sufrimiento experimentado por el paciente. (8)

El Cirujano Dentista no debe olvidar nunca la importancia psicológica del dolor que se presenta en las estructuras orofaciales, ya que esta parte del cuerpo es fundamentalmente necesaria para la supervivencia del individuo.

Las estructuras orofaciales son también básicas para la comunicación, por lo que una disfunción impedirá la comunicación de los sentimientos, objetivos, opiniones y aspiraciones de un individuo, así como la gratificación y satisfacción física, emocional, espiritual y sexual que se obtienen por este hecho. Cuando estas estructuras están amenazadas por el dolor o una disfunción, la calidad de vida puede disminuir enormemente. (8)

Por tal motivo, el profesional debe estar siempre atento a la importancia emocional de los dolores que se presentan en las estructuras bucodentales, a fin de poder reconocer factores psicológicos que se encuentran inherentes en dicho proceso y proporcionar al paciente el tratamiento adecuado. (8)

En consecuencia, no debemos olvidar la importancia de la elaboración de una buena Historia Clínica, esto con el fin de obtener de nuestros pacientes datos que nos puedan orientar hacia el origen del problema real, es decir, determinar en base a un previo conocimiento si el padecimiento del paciente es debido a factores psicológicos ocasionados por su entorno o a trastornos mentales severos de origen hereditario, orgánico, traumático o emocional. (7)

Es importante establecer confianza y respeto mutuo con el paciente desde la primera cita, de modo que se produzca una buena comunicación

La primera actitud del odontólogo ha de ser la de una averiguación considerada, no enjuicitoria, mientras obtiene una descripción exacta del problema que presenta el paciente. (2)

Cuando este elaborando la historia clínica, debe poner una especial atención de la aparición, desarrollo, aumento y disminución de los síntomas físicos que el paciente describe de su padecimiento.

Se debe prestar atención al grado de ansiedad que el paciente experimenta al hablar de si mismo, así como observar detenidamente el posible significado emocional que pueden configurar los síntomas. Las manifestaciones de ansiedad tienden a ser no verbales y periféricas, pero pueden revelarnos mucho sobre la naturaleza real del conflicto.

Este grado de ansiedad o angustia nos lleva a determinar que la causa posible del padecimiento sea un trastorno mental. (2)

Si se determina que el origen del trastorno dental es psicológico o bien, que es una manifestación de un trastorno mental; el tratamiento deberá ser enfocado a una Psicoterapia o a un Psicoanálisis respectivamente.

La Psicoterapia es un tratamiento fundamentado en la entrevista y el diálogo con un psicólogo o un psiquiatra. El objetivo es alcanzar los problemas de naturaleza mental (traumas, frustraciones, temores, fobias, etc.) que pueden ser la causa del desequilibrio mental. Esto se puede incluso lograr con o sin la ayuda de un tratamiento farmacológico (antidepresivos, sedantes, ansiolíticos, etc.). Esta finalidad de producir una reacción por efectos mentales más que físicos se logra principalmente por empleo de sugestión, persuasión, reeducación, tranquilización y apoyo, así como por técnicas de hipnosis y psicoanálisis. (7)

El psicoanálisis es un método que consiste en hacer que los pacientes proyecten la idea de sus experiencias emocionales y los hechos de su vida mental, con el objeto de descubrir el mecanismo por el que se ha producido un estado mental patológico. Esto se obtiene a través de procedimientos psicoterapéuticos, que recurren a la asociación libre, al recuerdo, a la interpretación de los sueños, etc. (5)

Estos dos tratamientos están indicados en pacientes con alteraciones mentales severas cuya atención será dada por un especialista en esta rama, ya sea un psicólogo o un psiquiatra.

Es importante destacar, que en la consulta dental se puede aplicar una terapia basada en relajación. La cual consiste en permitir que el paciente relate sus problemas, sus temores y angustias. Se puede enseñar al paciente a disminuir su ritmo respiratorio y a variar los patrones de respiración de sus músculos pectorales, aumentar la temperatura de sus manos. (8). A su vez, que se indicará el uso de un dispositivo de relajación muscular que cambiará la propiocepción interoclusal eliminando el reflejo de contracción involuntaria. (10). Cuando el paciente consigue manejar estos procesos, obtiene cierto control sobre el dolor que lo aqueja, lo que al final reduce la experiencia dolorosa. (8).

La cantidad de sufrimiento que un individuo experimenta no depende del daño tisular, sino de la cantidad de atención dada a la lesión y sus consecuencias. (8)

El odontólogo debe tener siempre presente los factores que tienden a incrementar la experiencia dolorosa. Ejemplo de estos son la ansiedad, la angustia, la incertidumbre, el miedo, la cólera, etc.(8)

Los factores que tienden a reducir la experiencia del dolor son la confianza, autoeficacia, autoestima, seguridad, distracción, relajación y las emociones positivas. (8)

## CONCLUSIÓN.

El concepto más importante que debe recordar el Odontólogo Clínico al atender a un paciente y el dolor que lo aqueja; es el hecho de considerar al enfermo como un ser humano complejo, formado por cuerpo, mente, espíritu y emociones a través de los cuales mantiene una relación básica con su medio ambiente.

Si aprendemos a considerar estos cuatro puntos en todos nuestros pacientes y a darle la importancia real a los aspectos psicológicos; ayudará en gran medida a disminuir un gran número de fracasos en el consultorio dental.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. ADAMS, R. Manual de Principios de Neurología. Editorial Interamericana. 4ª edición. 1992. Pp.515-536.
2. BRAIN, L. Neurología Clínica Edit. Médica Panamericana. 6ª edición 1988. Argentina. pp.413-420.
3. CASO, A. Fundamentos de Psiquiatría. Editorial Limusa. 3ª edición. 1989. México. pp.23-26, 771-847, 1109-1129.
4. DIAMOND, E. Enfermedades del Sistema Nervioso. Diagnóstico y Tratamiento. Edit. El Manual Moderno. 1979. México. pp. 58-76.
5. DORLAND. Diccionario Médico. Editorial. Interamericana. 23ª ed. 1989.
6. KOLB, L. Psiquiatría Clínica Moderna. Edit. Ediciones Científicas La Prensa Médica. 69ª edición. 1932 México. pp 136-165, 484-504.
7. MAC DONALD, D. A. Psicopatología e Hipnoidencia. Editorial Mundi. 1991. Buenos Aires. pp 47-127.
8. OKESON, J. Dolor Orofacial según Bell. Editorial. Mosby. 5ª edición. 1999. pp 457-478.
9. PATIÑO, J. L. Psiquiatría Clínica. Editorial. Salvat. 1980. México. pp. 180-192, 281-297.

- 10.** SANDNER, O. et al. Trastornos del Sistema Nervioso que Afectan el Área Bucal y Maxilofacial. Editorial. Actualidades Médico-Odontológicas Latinoamericanas. 1ª edición. 1996. pp. 156-191.

## CONSULTA ELECTRÓNICA.

[http:// www.campogrupal.com/abs4](http://www.campogrupal.com/abs4).

[http:// www.clinicaosi.com](http://www.clinicaosi.com).

[http:// www.consusalud.com.ar](http://www.consusalud.com.ar)

[http:// www.dobiblio.unam.mx](http://www.dobiblio.unam.mx)

[http:// www.divisiónsalud.com/congresos](http://www.divisiónsalud.com/congresos).

[http:// www.educación.adam.com](http://www.educación.adam.com).

[http:// www.holistica.com.mx/cofre](http://www.holistica.com.mx/cofre).

[http:// www.medicab.com.ar/m\\_transtom](http://www.medicab.com.ar/m_transtom).

[http:// www.paño.org.com](http://www.paño.org.com).

[http:// www.psina1.com.ar/ear/avila](http://www.psina1.com.ar/ear/avila).

[http:// www.psicuiriavirtual.com](http://www.psicuiriavirtual.com).

[http:// www.psyché-navegante.com.ar/seminarios](http://www.psyché-navegante.com.ar/seminarios).

[http:// www.psicología.com/articulos/ar-josem](http://www.psicología.com/articulos/ar-josem)

[http:// www.unesco.org.com](http://www.unesco.org.com).

[http:// www.who.org.com](http://www.who.org.com).