

INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA

Dolor abdominal recurrente de causa psicógena en la infancia

Lic. María Elena Otero*

Lic. Teresita Cruz**

Otero, M. E.; T. Cruz: *Dolor abdominal recurrente de causa psicógena en la Infancia.*

Se señala la importancia de descartar las causas orgánicas bien definidas antes de considerar el dolor abdominal recurrente (DAR) como psicógeno. Se presentan diferentes puntos de vista de varios autores sobre la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial para no crear iatrogenia, tanto en los padres como en los niños. Se subraya la necesidad de conocer la dinámica interna de la familia del niño con dolor abdominal recurrente a la hora de realizar la entrevista. Se enfatiza que no existen en la actualidad criterios estrictos y aceptados internacionalmente para diagnosticar un dolor abdominal recurrente como puramente psicógeno.

INTRODUCCION

Profundizar en los aspectos psicosociales, emocionales y familiares de la medicina pediátrica ha llevado hacia un cuidado más integral y comprensivo del niño y de su familia.

En los escolares, el dolor abdominal recurrente (DAR) es probablemente una de las causas más frecuentes de consultar al pediatra. En la mayoría de estos niños, el médico no encuentra una causa orgánica bien definida y es por esto que el diagnóstico debe ser hecho después de excluir causas orgánicas y de identificar los factores estresantes o las alteraciones emocionales en la experiencia vivida, tanto por el niño, como por su familia.¹

Diagnosticar un cuadro clínico como entidad psicosomática, sólo por el hecho de no encontrar causa orgánica, no es solamente falso, sino incluso nocivo, tanto para el niño, como para el adulto. Puede ser falso, pues no se ha tomado en consideración la posibilidad de una disfunción que todavía no ha sido descubierta. Puede ser, además, dañino, pues un diagnóstico prematuro o inapropiado causaría una iatrogenia psicológica en el

* Licenciada en Psicología.

** Licenciada en Psicología. Jefa de la Sección de Psicología.

niño y su familia. Puedo también generar ansiedad, reproche y sentimientos de culpa, así como pérdida de confianza hacia su pediatra y hacer que comience una larga cadena de visitas a diferentes médicos para encontrar otra solución más aceptable a los ojos de los padres. Casi todos los trabajos relacionados con el DAR adolecen de falta de grupos de control y las evaluaciones efectuadas no han sido debidamente normadas.

Estos estudios en su mayoría son llevados a cabo por psicólogos y psiquiatras, donde los casos que estudian, obviamente tienen alteraciones psicológicas. Sin embargo, *Ma. Grath* (1983) en su estudio realizado con 30 niños con DAR supuestamente psicógeno y un grupo control sano apareado en sexo y edad, no encontró diferencia significativa entre ambos grupos, desde el punto de vista psicológico. Aunque en sus trabajos reconoce la posibilidad de algunos aspectos no bien controlados, concluye que el DAR sin causa orgánica, no es psicológico.²

Clásicamente, al abordar este tema tan controvertido, los investigadores hacen referencia a 2 trabajos que han sentado la pauta para estudios posteriores: *Apley* (1958) encontró en 1 000 niños estudiados al azar en Inglaterra, que el DAR lo padecía el 11 % de los mismos³ y *Dodge*⁴ (1976) enfatiza en la importancia de estudiar una serie de alteraciones orgánicas:

Tracto gastrointestinal

- Faringitis recurrente
- Úlcera péptica
- Bezoar
- Volvulus intermitente
- Divertículo de Meckel
- Apendicitis
- Adenitis mesentérica
- Tuberculosis abdominal
- Enteritis regional (enfermedad de Crohn)
- Colitis ulcerativa
- Intolerancia a la lactosa
- Otras intolerancias a alimentos
- Irregularidad dietética
- Constipación

Drogas

- Anticonvulsivos
- Antibióticos
- Broncodilatadores

Neurológicas

- Migraña
- Epilepsia
- Tumor cerebral

Tracto urogenital

- Hidronefrosis
- Pielonefritis
- Cálculo renal
- Neoplasia renal y suprarrenal
- Quiste ovárico
- Dismenorrea
- Endometriosis
- Torsión testicular
- Neoplasia testicular

Hígado, bazo y páncreas

- Colecistitis
- Colelitiasis
- Pancreatitis
- Fibrosis quística
- Esplenomegalia masiva

Metabólico

- Hipoglicemia
- Porfíria
- Envenenamiento por plomo
- Edema angioneurótico hereditario
- Hiperlipidemia tipo IV.

Después que el pediatra realiza todas las investigaciones clínicas pertinentes, viene uno de los pasos más difíciles en la terapéutica de esta afección: convencer a la familia de que el niño no padece de ninguna enfermedad orgánica y que la causa debe entonces buscarse en el estado psicológico del niño y la familia.

La investigación psicológica puede ser también llevada a cabo paralelamente a la clínica. El pediatra que trata a un niño con DAR, para poder conocer la dinámica familiar, es necesario que domine los siguientes aspectos:

1. *El dolor utilizado para escapar de situaciones desagradables:* en la medida en que los padres lo apoyen, refuerzan negativamente el dolor y esto hace que aumenten las probabilidades de que el DAR se repita cíclicamente.
2. *El premio que otorgan los padres a la conducta creada por el dolor:* al obtener mayores privilegios por el dolor, la sintomatología es reforzada positivamente.
3. *El dolor puede ser causa de ansiedad:* en el paciente, si es ansioso, se establece un ciclo vicioso dado por ansiedad-dolor-ansiedad.
4. *El DAR puede ser secundario a una depresión:* el dolor en el niño depresivo es más continuo que cíclico.

5. *Raramente el DAR puede ser sintoma de psicosis:* en esta situación el DAR acompañaría a conductas extrañas.

En la mayoría de los casos, las entrevistas deben repetirse por espacio de varias semanas con ambos padres, para corroborar si existe o no información que se le haya escapado al pediatra o alguna resistencia por parte de los padres. Por este motivo es de mucha utilidad que tanto el niño como los padres, lleven un diario del dolor, en el cual se registren los siguientes aspectos:

Día/hora ¿Qué pasó antes? Dolor: ¿Cómo fue, cuánto duró?

¿Qué pasó después?

El diagnóstico de DAR de causa psicógena sólo debe ser hecho, si existe una marcada evidencia de que se le pueda dar una explicación psicológica: puede ocurrir también que tanto los problemas psicológicos como orgánicos coexistan, o que al aparecer el DAR de causa orgánica como enfermedad crónica, la misma conlleve una adaptación psicosocial.^{5,6}

En conclusión, para diagnosticar un dolor abdominal recurrente como de causa psicógena, aún no se han establecido criterios estrictos y aceptados internacionalmente. Se hace evidente, por tanto, la necesidad de realizar estudios controlados en poblaciones grandes y seguimiento a largo plazo para corroborar en la vida diaria del paciente las consecuencias de padecer dolor abdominal recurrente.

SUMMARY

Otero, M. E.; T. Cruz: *Recurrent abdominal pain of psychogenic cause in the infancy.*

Importance of lay aside well defined organic causes before considered recurrent abdominal pain (RAP) as psychogenic, is pointed out. Different points of view from several authors on the importance of performing a good differential diagnosis in order to avoid iatrogenesis, either in parents or children, are presented. Need to know internal dynamics of the family of the child with recurrent abdominal pain at the time family is going to be interviewed is stressed. It is emphasized that up to the present time there is not strict criteria, internationally accepted, for the diagnosis of recurrent abdominal pain as strictly psychogenic pain.

RÉSUMÉ

Otero, M. E.; T. Cruz: *Recurrent abdominal pain of psychogenic cause in the infancy.*

Avant de considérer la douleur abdominale récurrente (DAR) comme psychogène, il faut écarter les causes organiques bien définies. Il est présenté différents critères de plusieurs auteurs sur l'importance de réaliser un bon diagnostic différentiel pour ne pas créer une iatrogénie, aussi bien chez les parents que chez les enfants. Il est souligné le besoin de connaître la dynamique interne de la famille de l'enfant présentant douleur abdominale récurrente, au moment de réaliser l'interview. Il est souligné qu'à l'heure actuelle il n'existe pas de critères stricts et acceptés au niveau international pour diagnostiquer une douleur abdominale récurrente comme nettement psychogène.

BIBLIOGRAFIA

1. Barr, R. G.; M. Foverstein: Recurrent Abdominal Pain Syndrome: How Appropriate are our Basic Clinical Assumptions? *Pediatric and Adolescent behavioral medicine: Issues in treatment*. New York, Ed. Springer, 1983. Pp. 13-27.
2. Mc Grath, J.; T. Goodman: Recurrent abdominal pain: a psychogenic disorder? *Arch Dis Child* 58: 888-890, 1983.
3. Apley, J.; N. Naish: Abdominal pain. *Arch Dis Child* 33: 165, 1958.
4. Dodge, J. A.: Recurrent abdominal pain in children. *J Med* 1: 385-387, 1976.
5. Mc Grath, P.: Psychological aspects of recurrent abdominal pain. *Can J Physiol Pharmacol* 29: 1655-1659, 1983.
6. Pless, I. B.: Effects of chronic illness on adjustments: clinical implications. In: *Firesone, P.; Mac-Grath, P., Advances in Behavioral Medicine with Children and Youth*. Hillsdale, New Jersey, Lawrence, Earbaum (in press).

Recibido: 8 de enero de 1985

Aprobado: 12 de marzo de 1985

Lic. María Elena Otero Cordero

Calle 21 No. 470 esq. a E

Vedado, Municipio Plaza de la Revolución

Ciudad de La Habana 4

Cuba

