



SOMATIZACION EN ADOLESCENTES

DRA. ISABEL GÓMEZ BONETT

PEDIATRA HOSPITAL SANTA ROSA

SECRETARIO DEL COMITÉ DE ADOLESCENCIA - ALAPE

SECRETARIO DE CAPITULO MEDICINA DEL ADOLESCENTE SOCIEDAD PERUANA DE PEDIATRIA

MIEMBRO DE SOCIEDAD PERUANA DE ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Caso clínico 1



- Adolescente mujer de 12 años (VSB), con tos persistente más de 1 semana, durante el día pero no al dormir. Acompañada de angustia, e incapacidad para asistir al colegio.
- Asmática con un buen control de este con terapia combinada de salmeterol-fluticasona, en esta ocasión no hay broncoespasmo y no mejora con el salbutamol. Se realiza toda la evaluación clínica, ex, de laboratorio y radiológica todo negativo
- En la valoración se encuentra una niña inteligente, brillante estudiante, con rasgos de perfeccionista. Toca el violín, pero la madre refiere que tiene problemas de socialización, muy apegada a la madre y es ella la que soluciona sus problemas sociales.
- Aparecen acontecimientos vitales en clara relación con el debut de la clínica, donde la abuela materna es diagnosticada de un cáncer por lo cual la madre se dedica al cuidado de ella, exacerbándose los síntomas luego de esto.

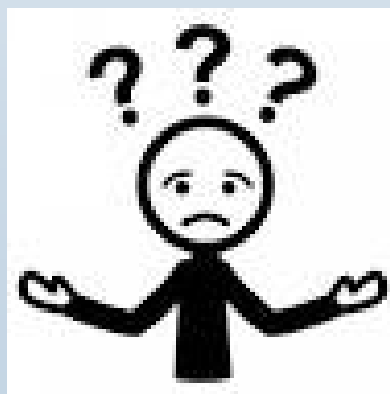


Caso clínico

- ▶ En los antecedentes personales , aparecen episodios de dolor abdominal, mareos, y dolores articulares, que hace que la madre no la lleve al colegio esporádicamente. Antec. Familiar la madre sufre de vértigo.
- ▶ La intervención se centra en la evaluación médica y la psicológica y en hablar con la adolescente de sus problemas con los pares, tratando de identificar por qué se burlan de ella y como debe afrontar estas situaciones. Se le confronta con el hecho de que su tos ha impedido que su madre acompañe a su abuela.
- ▶ Se dan indicaciones para que regrese al colegio con indicaciones de si la tos empeora no llamen al domicilio
- ▶ La tos remite y la madre puede cuidar a la abuela enferma, se inicia psicoterapia con la paciente

DEFINICION


► **Grupo de transtornos en que la característica común es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no puede explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastornos mental**



EPIDEMIOLOGIA

- Incidencia del 11% en mujeres y 4% en varones de 12 a 16 a.
- Destacan los síntomas:
 - Neurológicos: cefalea, mareos, tics
 - Dermatológicos: Prurito
 - Alérgicos: asma
 - Digestivos: anorexia, hiperfagias, pica, dolores abdominales
 - Sueño: insomnio de conciliación
 - Coexistencia con dificultades emocionales y conductuales y ansiedad de los padres y mayor asistencia a centros asistenciales.





SINTOMAS	PORCENTAJE
Dolor abdominal recurrente	30%
Cefaleas y mareos	19%
Palpitaciones	15%
Dificultad en la deglución	9%
Marcha inestable	9%
Visión borrosa	6%
Artralgias	2-3%
Síntomas menstruales	3%

CLASIFICACION



TRANSTORNOS DE CONVERSION



Factores psicológicos están asociados a los síntomas físicos o disfunciones

TRANSTORNOS PSICOSOMATICOS



Factores psicológicos influyen en el desarrollo de la patología clínica: colitis, asma

TRANSTORNOS SOMATOMORFOS



Síntomas físicos son la principal manifestación:

- T.Conversión
- T.por dolor
- T. Dismorfico-corporal
- T. Hipocondriaco
- T.somatomorfo-indiferenciado

FACTORES DE RIESGO



FACTORES	CLINICA
GENETICOS Y FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none">• El T. psicossomático se presenta en el 10-20% de los familiares de 1er grado• Familiares comparten síntomas similares: dolor de cabeza, abdominal, quejas físicas.• Familiares con enfermedades crónicas (DM), y trastornos psicológicos
EVENTOS ESTRESANTES	<ul style="list-style-type: none">• Problemas físicos y tratamientos médicos actúan como desencadenantes de trastornos somatomorfos.• La familia cree que es un cuadro orgánico• Los estresores psicosociales pueden desencadenar o mantener el cuadro.• Suelen acompañarse de problemas de habilidades sociales, determinados rasgos de personalidad• Se encuentra niveles altos de síntomas físicos en los padres.

FACTORES	CLINICA
RASGOS DE PERSONALIDAD Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	<ul style="list-style-type: none">• Las características de personalidad pueden ser precursores de estos trastornos: Concienzudos/Aplicados (obsesivos), sensibles, inseguros y ansiosos• Estrategias de afrontamiento negativas o pasivas: excesiva resignación• Rasgos de personalidad muy marcados, dificultaran la adaptación emocional y conductual del adolescente a los problemas y al estrés de la vida diaria
QUEJAS APRENDIDAS	<ul style="list-style-type: none">• Las conductas que son recompensadas serán incrementadas en intensidad o frecuencia. Y las conductas que son castigadas o inhibidas disminuirán.• La intensa atención y el cuidado de los demás o la disminución de las responsabilidades (beneficio secundario) pueden reforzar las quejas somáticas.• Los beneficios de asumir el rol de enfermo y puede rehusarse a que los síntomas cedan. El aumento de la atención de los padres o la evitación de presiones escolares no placenteras pueden reforzar aún más los síntomas.• La presencia de un familiar enfermo puede servir como modelo para el adolescente de aprendizaje de las ganancias del enfermar.

CLINICA Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

ES IMPORTANTE CONOCER LAS CARACTERISTICAS CLINICAS QUE SUGIEREN UN TRASTORNO FUNCIONAL. EL CLINICO DEBE REALIZAR UNA EVALUACION EXHAUSTIVA Y UN ABORDAJE QUE INCLUYA A LA FAMILIA Y AL ADOLESCENTE PARA UNA DETECCION PRECOZ DE ESTOS TRANSTORNOS



CEFALEAS



- Presentación como migraña o cefalea tensional
- En la migraña, los dolores de cabeza son periódicos, severos y unilaterales, pueden ir acompañados de aura visual, vómitos y historia familiar de migraña.
- Dolor tensional, dolores paroxísticos, frecuentes y bilaterales, normalmente frontal, que se describen como un peso pesado y se asocian a mareo.

DOLORES ABDOMINALES



- Dolores abdominales recurrentes acostumbran a ser severos y suelen tener una distribución difusa o periumblical.
- Suele darse durante el día y no despiertan durante la noche
- Empeora los lunes en las mañanas y mejora en periodos de vacaciones.
- No responde a medicación analgésica
- Hábito intestinal es normal
- Síntomas asociados: vómitos, letargias, fiebre o palidez
- Aspecto enfermizo que preocupa más a los padres
- **Sospechar de origen orgánico:** hay pérdida de peso, sangrado GI, Fiebre persistente, Diarrea crónica o resultados analíticos anormales, vómitos persistente, dolor durante las noches.

TRASTORNOS CONVERSIVOS



- Existe una pérdida total o parcial de la función motora o sensitiva en una parte del cuerpo.
- La mayoría de adolescentes que lo sufren presenta debilidad en la piernas o una extraña forma de andar y en ocasiones totalmente incapacitantes.
- Otros síntomas: pérdida total o parcial de la visión y el mutismo.
- Los síntomas suelen aparecer después de un evento traumático y tienden a remitir después de semanas o meses.
- Las pseudocrisis epilépticas, se caracterizan por un EEG normal, duración prolongada y patrón variable. Suelen ocurrir frente a terceros, presentan memoria de la convulsión y la medicación antiepiléptica es inefectiva.

SINDROME DE FATIGA CRONICA



- Es la sensación de cansancio intenso después de un esfuerzo físico o mental menor.
- El cansancio suele ser crónico y no se explica por ninguna causa orgánica
- Se asocia a bajo rendimiento académico.
- Las características principales son:
 - ✓ Debilidad física o mental y agotamiento después de un mínimo esfuerzo
 - ✓ Cefaleas tensionales
 - ✓ Alteraciones del sueño
 - ✓ Problemas de concentración
 - ✓ Mareos
 - ✓ Dolores musculares y achaques
 - ✓ Preocupación sobre la salud mental y física
 - ✓ Frecuentes infecciones de las vías aéreas y adenopatías
- Suelen tener psicopatología asociada y una marcada limitación funcional.



ELEMENTOS CLAVES EN LA EVALUACION DE LOS TRANSTORNOS SOMATOMORFOS

- 1. AUSENCIA DE HALLAZGOS A PESAR DE UNA EVALUACION MEDICA EXHAUSTIVA**
- 2. HALLAZGOS INCONSISTENTES EN EL EXAMEN CLINICO**
- 3. RELACION ENTRE EL INCIO DE LOS SINTOMAS Y UN FACTOR DE ESTRÉS PSICOSOCIAL**
- 4. CREENCIAS FAMILIARES EN RELACION CON LOS SINTOMAS SOMATOMORFOS**
- 5. ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES**

IMPACTO DE LOS SINTOMAS SOMATOMORFOS

IMPACTO DE LOS SINTOMAS



1. EMOCIONAL
2. FAMILIAR
3. SOCIAL Y RELACION CON PARES
4. ACADEMICO

REFUERZO DE LOS SINTOMAS



1. REFUERZO DE LOS PADRES
2. INCREMENTO DE LA ATENCION DE AMIGOS Y FAMILIARES
3. INCREMENTO DE LA ATENCION DEL EQUIPO MEDICO
4. EVACION ESCOLAR, SOCIAL O DE ESTRÉS DEPORTIVO

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL



PATOLOGIA PSIQUIATRICA	CARACTERISTICAS
FOBIA ESCOLAR	<ul style="list-style-type: none">• Característica principal es el temor a ir al colegio• El adolescente con trastorno psicossomático, no va al colegio por no desenvolverse bien por los síntomas somáticos. Temor de empeorar.
ANOREXIA NERVIOSA	<ul style="list-style-type: none">• Pérdida de peso y miedo intenso a ganar peso
TRASTORNO DEPRESIVO	<ul style="list-style-type: none">• Humor triste, deprimido o irritable, con cogniciones negativas
TRASTORNO ANSIEDAD	<ul style="list-style-type: none">• Persistentes síntomas de ansiedad, preocupación o inquietud
MUTISMO SELECTIVO	<ul style="list-style-type: none">• El adolescente solo habla en ciertas situaciones
TRASTORNO FACTICIO	<ul style="list-style-type: none">• Los síntomas se producen de una forma consciente o inducida

TRATAMIENTO



- EL RESPONSABLE DE LA PRIMERA ATENCIÓN CONSTITUYE UN PILAR FUNDAMENTAL EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PSICOSOMATICOS, PRIMANDO SIEMPRE LA NORMALIZACION DE LA VIDA DEL ADOLESCENTE, EVITANDO LA DERIVACION A MULTIPLES ESPECIALISTAS E INGRESOS HOSPITALARIOS.
- DEBE MOSTRARSE EMPATICO CON EN ADOLESCENTE Y LA FAMILIA, EVITANDO LA CULPALIZACION Y VINCULANDO EL SINTOMA CON ACONTECIMIENTOS EN LA VIDA DEL PACIENTE

TRATAMIENTO



- Trabajo en equipo entre el pediatra y el psiquiatra
- El tratamiento empieza con una correcta evaluación, inicia con una valoración clínica minuciosa: HC, Ex. Clínico, pruebas complementarias, evaluación psicopatológica del paciente y familia.
- Necesaria es la entrevista con el adolescente a solas y con la familia.

GUIA PARA UN ABORDAJE ESCALONADO PARA UN TRATAMIENTO INTEGRAL MEDICO Y PSIQUIATRICO DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

1. Completar la evaluación psicológica y luego psiquiátrica
2. Transmitir el diagnóstico biopsicosocial al pediatra y al equipo médico
3. Arreglar una reunión informativa entre el pediatra y la familia
4. Implementar intervenciones terapéuticas tanto en el aspecto médico como en el psiquiátrico
5. Considerar realizar intervenciones psiquiátricas especializadas

TRATAMIENTO

- Se recomienda minimizar el número de médicos que intervienen, la derivación a múltiples especialistas empeora el pronóstico. También minimizar las pruebas diagnósticas.
- Con frecuencia abandonan el tratamiento psiquiátrico. Por lo que es función del pediatra hacerse cargo del seguimiento, intentando disminuir el rol de enfermo, animando a la normalización de la vida del adolescente, y detectando y minimizando los estresores psicosociales.
- Se debe programar citas frecuentes para evitar la búsqueda compulsiva de otros especialistas, visitas a urgencias y pruebas complementarias innecesarias.
- Correlacionar las quejas somáticas con los estresores psicosociales



TRATAMIENTO



TERAPIAS

REHABILITACION

Se basa en derivar el foco de tratamiento de la cura del síntoma a la vuelta al funcionamiento normal

TERAPIA DE MODIFICACION DE CONDUCTA

Incentivar la recuperación funcional y disminuir los beneficios secundarios de la enfermedad

TERAPIA COGNITIVA

Corregir creencias distorsionadas sobre el significado de los síntomas somáticos. Empleo de técnicas de autocontrol

TERAPIAS INDIVIDUALES O FAMILIARES

Orientadas a disminuir el estrés familiar y/o corregir dinámicas familiares disfuncionales

PSICOFARMACOS

Antidepresivos y benzodiazepinas si existe comorbilidad con depresión o ansiedad, aunque también han demostrado eficacia en mejorar los síntomas somáticos

Muchas Gracias...



igbonett@hotmail.com