

SOMATIZACIONES EN PEDIATRIA

Dr. Marcelo Andrade

INTRODUCCION

Frecuentemente los pediatras atendemos niños y adolescentes que presentan síntomas somáticos para los cuales no encontramos una causa biológica. Diversas publicaciones concluyen que síntomas médicamente inexplicables son muy frecuentes en la población pediátrica con una prevalencia que oscila entre el 10 y el 20%^{1,2}. Si bien es cierto que probablemente en el futuro puedan diagnosticarse nuevas entidades que hasta el momento actual son asumidas como cuadros de causa no orgánica, no es menos cierto que tal como sugiere la teoría psicósomática, muchas veces síntomas corporales surgen como respuesta del organismo a situaciones desencadenantes.

Se define como somatización a la ocurrencia de uno o más síntomas físicos para los cuales una evaluación médica adecuada no revela un mecanismo fisiopatológico responsable de los mismos, o cuando algún mecanismo biológico es encontrado, los síntomas físicos o el compromiso funcional son groseramente superiores a los esperados. Si bien suelen existir controversias acerca del significado de los términos somatización y conversión, tradicionalmente se define como conversión a la presencia de síntomas tanto físicos como psiquiátricos que son el resultado de un conflicto emocional inconsciente el cual suele disiparse con la aparición de los mismos. Somatización se refiere sólo a las conversiones que se manifiestan a través de síntomas físicos^{1,2,3}.

Las somatizaciones suelen asociarse a diversos grados de disfunciones psicosociales y en ocasiones los síntomas físicos son la manifestación más evidente de otros trastornos subyacentes importantes. Muchos pacientes presentan los síntomas en forma recurrente motivando múltiples consultas médicas, evaluaciones diagnósticas innecesarias y

tratamientos que lejos de colaborar con la resolución de los mismos generan inseguridad tanto en el médico como en la familia, exponen a los pacientes a medidas iatrogénicas y perpetúan la sintomatología^{1,2,3,4}.

CONSIDERACIONES GENERALES

Las formas de presentación más comunes de las somatizaciones en pediatría se muestran en la Tabla 1. Los pacientes suelen referir múltiples síntomas físicos frecuentemente asociados a síntomas emocionales y a alteraciones de la conducta. Los síntomas pueden presentarse esporádicamente o en forma recurrente^{1,3,4}.

TABLA 1: SOMATIZACIONES MÁS FRECUENTES EN PEDIATRÍA.

- Cefaleas
- Dolor abdominal
- Dolor torácico
- Dolor de miembros inferiores
- Dolor de espalda
- Fatiga
- Sensación de ahogo y disnea
- Disfagia
- Mareos
- Tos
- Retención urinaria y polaquiuria
- Debilidad muscular o parálisis
- Alteraciones de la marcha
- Síncope
- Pseudoconvulsiones
- Déficits sensitivos o sensoriales

Las características del medio en el cual los niños se desarrollan tienen una importante influencia en el bienestar general de los mismos. El estado físico emocional es una consecuencia directa de la interacción existente entre el niño y el ambiente. La evaluación por parte del pediatra requiere la determinación de las características del medio en el cual los niños y adolescentes viven como así también la

detección de situaciones estresantes que podrían actuar como desencadenantes de síntomas somáticos, emocionales y/o conductuales. Ante distintas situaciones cada individuo reacciona de una manera única y personal determinada por una predisposición genética (temperamento) y una conducta aprendida que está íntimamente relacionada con el medio en el cual crecimos y actualmente vivimos^{3,5}.

Es sabido que ciertas situaciones hacen que un individuo sea más o menos vulnerable a los estímulos estresantes. La respuesta de un lactante, niño o adolescente a dichos estímulos depende no sólo de las características de los mismos, sino también de la relación existente entre los factores de protección y de riesgo psicosociales dependientes de las características del sujeto y del entorno. De la relación entre factores de protección y riesgo psicosocial surge el grado de vulnerabilidad o resiliencia de la persona^{3,5}. (Figura 1).

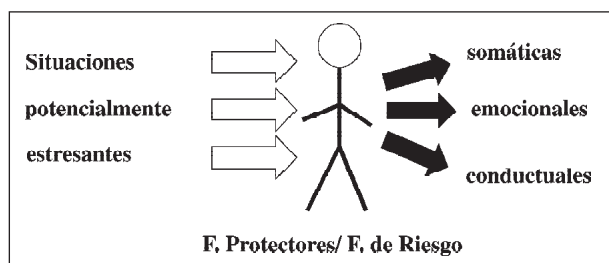


Figura 1: Manifestaciones resultantes de una inadecuada adaptación del individuo al medio.

El pediatra evaluará el estado de bienestar físico, psíquico y social de su paciente y determinará además la capacidad para resolver situaciones conflictivas y el grado de autoestima del mismo. A su vez las principales características a evaluar del medio incluyen la dinámica y el funcionamiento del grupo familiar, la situación socio económica, la situación educacional, el contexto cultural y la contención comunitaria^{3,5}.

Los síntomas que se observan en niños como consecuencia de la respuesta a las distintas situaciones estresantes varían en severidad dependiendo del impacto que ocasionen. Es frecuente que los niños presenten síntomas somáticos ocasionales que son resueltos al lograr ellos adaptarse exitosamente a las distintas situaciones. Pero en ocasiones la adaptación no es apropiada y aparecen manifestaciones no sólo somáticas sino también emocionales y conductuales. La severidad del cuadro se relaciona con intensidad y frecuencia del o los síntomas, el sufrimiento percibido por el niño o su familia y la relación existente entre los factores de riesgo y protección psicosociales. El impacto en la funcionalidad que estos factores determinan es el condicionante más importante de la severidad. En

la práctica el pediatra debe evaluar la funcionalidad de un niño en el hogar (relación con padres, relación con hermanos, responsabilidades), la escuela (relación con maestros, relación con compañeros, ausentismo, rendimiento académico), la sociedad (relaciones interpersonales, capacidad de adaptación) y la capacidad de disfrutar durante el tiempo de recreación. Arbitrariamente se establecerá si la severidad del cuadro es leve, moderada o severa, de acuerdo al grado de alteración de la funcionalidad^{3,4,6}.

En la evaluación diagnóstica de nuestros pacientes los pediatras buscamos las "luces rojas", es decir los signos y síntomas que nos permitan detectar alguna de las tantas enfermedades orgánicas que puedan ser responsables en alguna medida de los síntomas de nuestro paciente. Es principalmente el pediatra quien considera de acuerdo a las evaluaciones realizadas si puede descartarse o no con cierto grado de certeza, un origen biofísico pasible de tratamiento como una de las múltiples causas del síntoma⁷.

Cuando se sospecha o diagnostica una causa orgánica como responsable del síntoma se inicia inmediatamente la evaluación y el tratamiento por el médico de atención primaria o se deriva el paciente al especialista según sea el caso. Pero muchas veces los determinantes del síntoma no son tan claros y luego de una evaluación integral persiste cierto grado de incertidumbre al no encontrarse un origen biofísico del mismo. El manejo adecuado de esa incertidumbre es terapéutico, pues de ser ésta transmitida al paciente y a su familia puede generar múltiples consultas y la perpetuación del síntoma⁷.

El diagnóstico de somatización no debe realizarse basándose únicamente en una evaluación física y de laboratorio negativas. Tampoco debe hacerse por exclusión de todas las entidades orgánicas que puedan manifestarse en forma similar; el diagnóstico debe ser positivo de acuerdo a la historia clínica y al examen físico, no por descarte (Tabla 2)^{1,2,3,4,7}.

TABLA 2: INDICADORES QUE ORIENTAN HACIA EL DIAGNÓSTICO DE SOMATIZACIÓN

- Historia poco compatible con enfermedad médica.
- Exámenes físico, radiológicos y de laboratorio normales.
- Múltiples síntomas físicos asociados a alteraciones emocionales, psiquiátricas y/o de conducta.
- Síntoma que determina un beneficio secundario.
- Vívida descripción del síntoma.
- Sintomatología y/o compromiso funcional mayor al esperado.
- Relación temporal entre el síntoma y situaciones estresantes.
- Existencia de modelo sintomatológico en la familia o allegados.
- Predominio de factores de riesgo por sobre los factores de protección psicosociales.

Esto es muy importante debido a que los pacientes con síntomas recurrentes suelen motivar múltiples

evaluaciones innecesarias que lejos de colaborar con la resolución de los mismos generan inseguridad tanto en el médico como en la familia. Pero aún ante un diagnóstico positivo la incertidumbre puede persistir ya que factores de riesgo psicosocial también pueden estar presentes en pacientes que tienen una causa orgánica como determinante principal de sus quejas y que en evaluaciones anteriores dicha causa no se presentaba de manera bien definida. En distintas publicaciones entre el 5 y el 10% de los pacientes en edad pediátrica con diagnóstico de somatización presentaron una enfermedad orgánica descubierta posteriormente. Sólo el seguimiento clínico integral del paciente con un enfoque pediátrico centrado en la familia, permite arribar a un diagnóstico que no se presenta como tan evidente en las primeras visitas^{7,8}.

En pacientes con diagnóstico presuntivo de somatización deben considerarse en el diagnóstico diferencial a entidades médicas, intoxicaciones, y alteraciones psiquiátricas que pudieran determinar sintomatología similar. (Tabla 3).

TABLA 3: DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE LAS SOMATIZACIONES.

- Enfermedades médicas.
- Toxicidad por drogas.
- Hipocondría.
- Síntomas ficticios.
- Síndrome de Munchausen por poderes.
- Ilusiones somáticas de las psicosis.

Además, frecuentemente los síntomas físicos son la forma de presentación de otros trastornos subyacentes que el pediatra debe saber pesquisar. (Tabla 4).

TABLA 4: TRASTORNOS ASOCIADOS A SÍNTOMAS SOMÁTICOS.

- Depresión.
- Ansiedad.
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Ataque de pánico.
- Ansiedad de separación.
- Adicciones.
- Abuso y maltrato.

Antes de comenzar con el tratamiento tanto el médico como la familia deben sentirse conformes con la evaluación médica realizada. El pediatra debe comentar que él piensa que dicha evaluación ha sido adecuada y que no se justifica la realización de estudios más complejos en busca de una causa orgánica, siendo el seguimiento clínico estricto la mejor estrategia para detectar alguna entidad que no pudo ser diagnosticada en un inicio. La for-

mación profesional contribuye a disminuir la incertidumbre del médico quien siempre debe ofrecer la posibilidad de consultar a otro profesional.

Una vez que el pediatra descarta con cierto grado de certeza una causa orgánica como responsable de los síntomas de un paciente que presenta indicadores que orientan hacia el diagnóstico de somatización, éste evaluará la necesidad de derivación. Los pacientes con disfunciones psicosociales severas o con disfunciones moderadas persistentes requieren consulta psicopatológica, la cual también es necesaria cuando algún integrante del grupo familiar presenta una enfermedad psiquiátrica asociada.

Si el pediatra decide encargarse del manejo del paciente deberá establecer una estrategia de seguimiento en conjunto con él y su familia. Dado que las somatizaciones son muy frecuentes en adolescentes es útil que luego de realizar una entrevista en conjunto con la familia, el pediatra se entreviste por separado con el adolescente y luego con sus padres, para finalizar la consulta con una última reunión con el grupo familiar. La confortabilidad de la relación médico-paciente facilita el surgimiento de los sentimientos al fortalecer la alianza terapéutica. Frecuentemente en las primeras consultas tanto el paciente como su familia niegan sus sentimientos como así también la asociación de éstos con los síntomas. El pediatra debe asegurarle al paciente que lo que surja de la entrevista es confidencial en cuanto no se discutan situaciones que puedan comprometer su integridad física o la de otra persona^{7,8,9}.

Debe discutirse con el paciente y la familia desde un principio la interrelación existente entre mente y cuerpo, aclarando que toda enfermedad orgánica tiene un impacto emocional y viceversa. Establecido este enfoque desde el inicio se deja en claro que muchos síntomas físicos pueden estar relacionados a los sentimientos.

Se comentará a los padres que el síntoma es real y que la prioridad del tratamiento es restablecer el funcionamiento diario normal. Evitar el beneficio secundario que determina el síntoma contribuye a su extinción. Otros factores que deben evitarse por contribuir con la perpetuación del cuadro son la focalización en el síntoma somático obviando la presencia de otras disfunciones personales y familiares, la incertidumbre transmitida por la inseguridad del médico a la familia, y los estudios diagnósticos o tratamientos innecesarios (Tabla 5).

Debe establecerse que los síntomas muy probablemente persistirán, que a lo sumo lo que se puede lograr es que disminuyan y que el éxito del tratamiento está en reanudar normalmente las actividades cotidianas. Esto favorece la alianza terapéutica al no crear falsas expectativas y aún a veces produce un efecto paradójico^{7,10}.

TABLA 5: ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LAS SOMATIZACIONES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

- Practique una pediatría centrada en la familia.
- Reconozca al síntoma como real.
- Introduzca el concepto de mente-cuerpo.
- No transmita que los síntomas son psicológicos, aclare que son consecuencia de la respuesta del organismo a distintos estímulos.
- No se centre en el síntoma, enfoque la situación personal y familiar.
- Comunique a los padres que el síntoma puede persistir y que la prioridad es establecer un funcionamiento diario normal.
- Evite los factores que perpetúan el síntoma.
- Minimice el beneficio secundario.
- En cada visita de seguimiento busque factores de riesgo para enfermedades orgánicas.
- Evite estudios y tratamientos innecesarios.
- Estimule una adecuada dinámica de las relaciones familiares (límites, reconocimientos, muestras de afecto, evite el síndrome del niño vulnerable).
- Estimule hábitos familiares saludables.
- Intente potenciar los factores protectores y disminuir los de riesgo psicosociales.
- Evalúe la salud mental y el estado emocional de los integrantes de la familia.
- De pautas para el manejo en la escuela.
- Realice derivaciones oportunas.
- Reconozca el derecho a una segunda opinión.

La utilización de medicaciones placebo no está indicada. Además de ser inefectivas éstas pueden causar reacciones adversas que a su vez pueden servir de modelo para nuevos síntomas⁸.

Por último, la utilización de estrategias tendientes a disminuir los factores de riesgo, incrementar los de protección y a potenciar conductas que fa-

vorezcan la resolución de conflictos contribuyen a disminuir el impacto del componente psicosocial en la múltiple etiopatogenia del síntoma³.

CONCLUSION

La somatización es frecuente en pediatría. A pesar de sus implicancias poco hay escrito acerca de este tema en la literatura. Es una de las manifestaciones más comunes de alteraciones emocionales subyacentes y suele asociarse a importantes factores de riesgo como el abuso o maltrato infantil. El adecuado manejo por parte del médico de cabecera evita la perpetuación de los síntomas, la iatrogenia y reduce los costos.

REFERENCIAS

1. Hadgman C.H.; Conversion and Somatization in *Pediatr Rev.* 1995; 4:29.
2. Campo J.V.; Somatization, in Ammerman R.T. and Campo J.V.; *Handbook of pediatric Psychology and Psychiatry* (in Press).
3. *Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC): Child and adolescent version.* American academy of pediatrics, 1997.
4. Campo J.V.; Fritsch S.L.; Somatization in children and adolescents. *J. Am child Adolescent psychiatry* 1994; 33: 1223.
5. Patterson J.M. Promoting Resilience in Families Experiencing Stress. *Pediatr Clin North Am.* 1995; 42:47.
6. Poikocainen K., Kanerva R., Lonnqvist J. Life Events and Other Risk Factors for Somatic Symptoms in Adolescence. *Pediatrics.* 1996; 96:59.
7. Gartner J.C. Jr. Recurrent abdominal pain: Who needs a work up?. *Contemp Pediatr.* 1991; 8:88.
8. Prazar G.; Conversion Reactions in Adolescents. *Pediatr Rev.* 1987; 8:279.
9. Oster J. Recurrent Abdominal pain, headache and limb pain in children and adolescent. *Pediatrics.* 1972; 50:429.
10. Schmitt B.D. School Phobia. The great irritator: A Pediatrician view point, *Pediatrics.* 1971; 48:433.