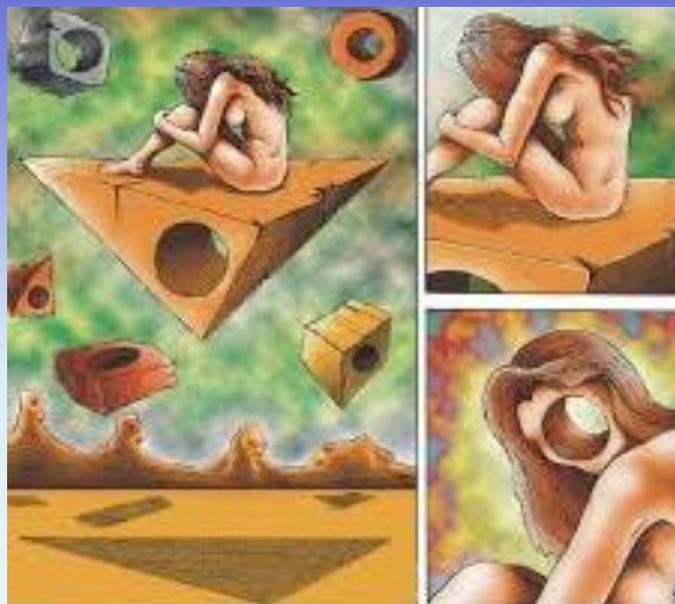


I CONGRESO MESOAMERICANO
Y DEL CARIBE DE SALUD
INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

XXV CONGRESO NACIONAL DE
PEDIATRIA – EL SALVADOR 2014



TRASTORNOS SOMATOFORMES EN ADOLESCENTES

Jorge Naranjo Pinto
narjorge@gmail.com

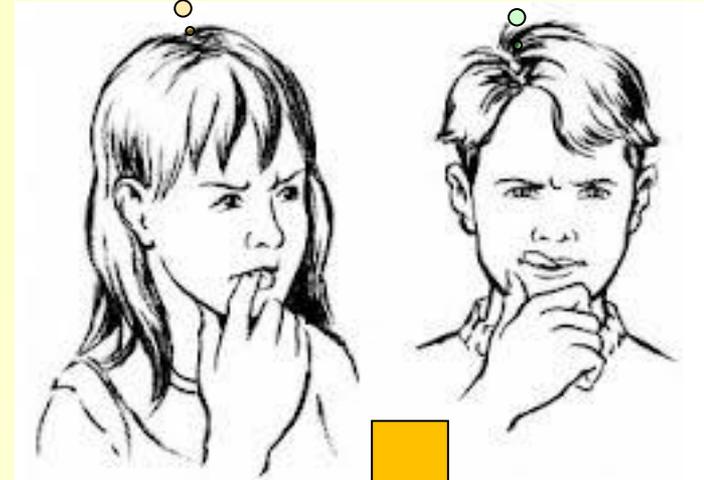
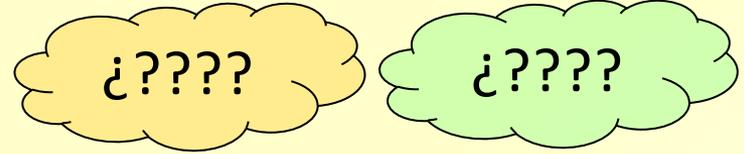


www.adolescenciaalape.org
www.codajic.org



LAS PREGUNTAS Y TAREAS DE LA ADOLESCENCIA

- ▶ Identidad. ¿Quién soy? ¿Para que sirvo?
- ▶ Desarrollo y aceptación de cuerpo, del rol *¿Me gusta lo que soy?*
- ▶ Independencia/Autonomía *¿Qué depende de mi? ¿Qué esta bajo mi control? ¿Cuál es mi responsabilidad? ¿Cómo manejo mi cuerpo, mi sexualidad, mi fuerza, mi belleza?*
- ▶ Pertenencia /Arraigado *¿De que soy parte? ¿A que pertenezco?*
- ▶ PROYECTO DE VIDA/Trascendencia *¿Qué hago con esto que soy? ¿Quiere tener pareja? ¿Hijos?*



TRASTORNOS SOMATOFORMES

¿DE QUÉ HABLAMOS?

- Presencia de síntomas físicos que sugieren un problema orgánico (*somatomorfo*) que no se pueden explicar por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (ej. trastorno de ansiedad)
- Los síntomas producen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Los síntomas físicos no son intencionados, como ocurre en la simulación y en los trastornos facticios.

¿DE QUÉ HABLAMOS?

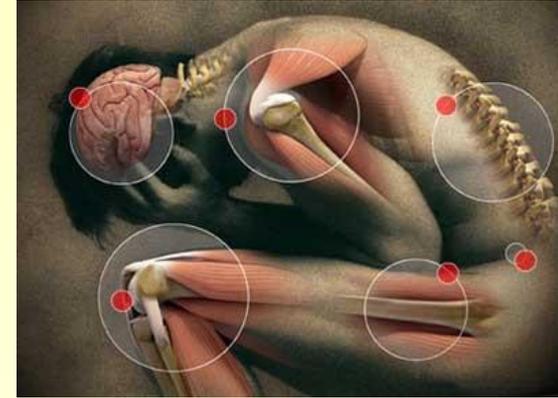
Se incluyen:

- ❖ Trastorno de somatización
- ❖ Trastorno dismórfico corporal
- ❖ Trastorno de conversión
- ❖ Trastorno por dolor
- ❖ Hipocondría
- ❖ Otros:
 - Disfunción de las cuerdas vocales,
 - Distrofia simpático refleja y
 - Dolor abdominal recurrente

TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

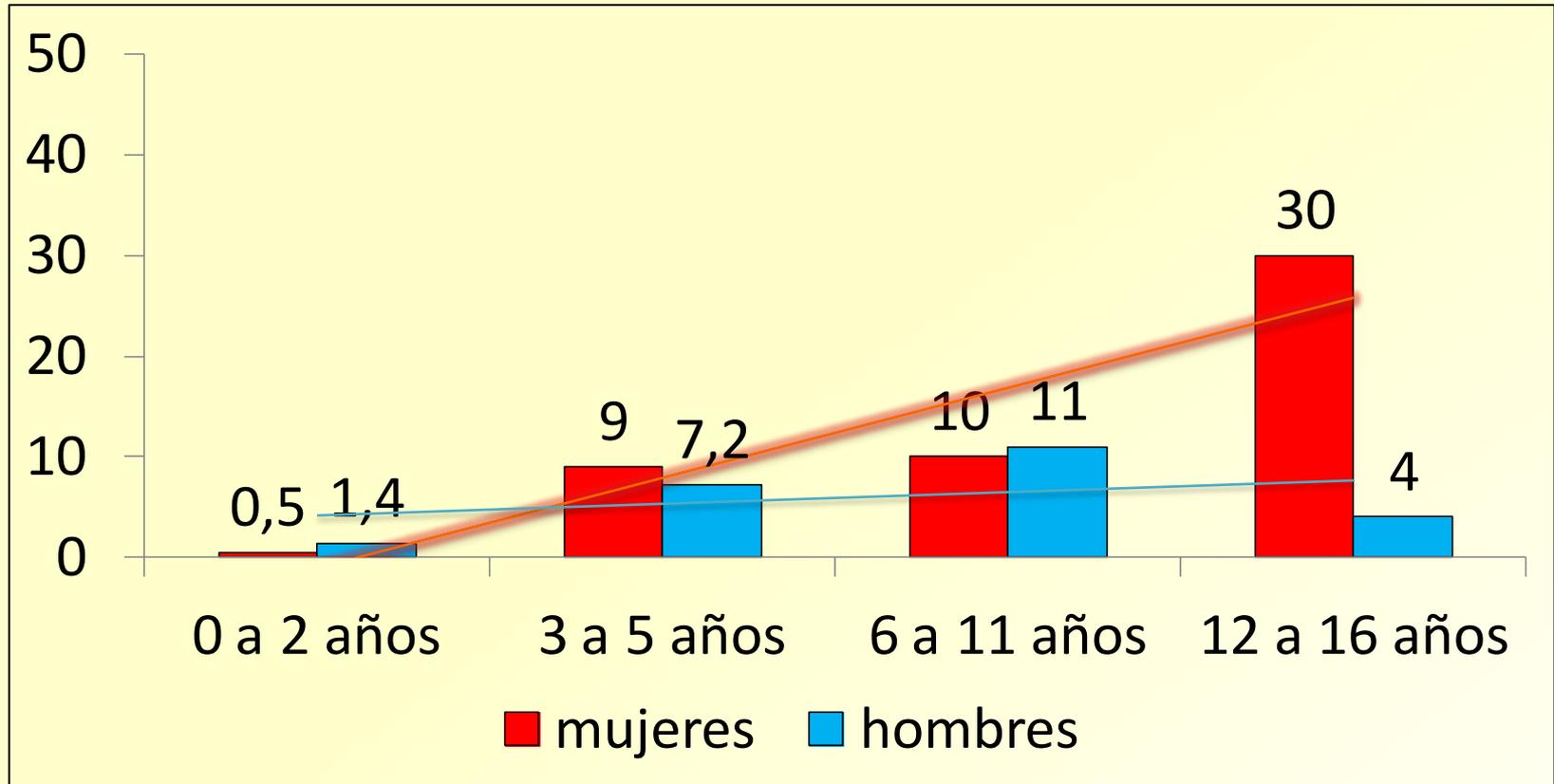
CRITERIOS DIAGNOSTICOS

1. Síntomas somáticos múltiples no simulados o intencionales, inexplicables orgánicamente y que persisten al menos 2 años
 - 4 dolorosos (4 zonas del cuerpo: cefalea, artralgias, mialgias, etc. o 4 funcionales: odinofagia, disuria, dismenorrea, dispareunia ...)
 - 2 gastrointestinales (nausea, distensión, diarrea...)
 - 1 sexual (anhedonia, disfuncion erectil, HUD...)
 - 1 pseudoneurológico (parálisis, amnesia...)
2. Negativa persistente a aceptar explicaciones y garantías de los médicos de que no existen causas somáticas de sus síntomas (“Doctor shopping”)
3. Deterioro significativo de la calidad de vida individual y familiar por el problema
4. Aparición en la adolescencia mayor y antes de los 30 años
5. Examen físico o de laboratorio normal
7. No existe asociación a consumo de drogas



TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

PREVALENCIA (J.L. Pedreira, 1991)



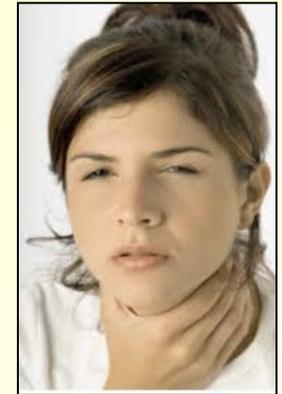
Fuente: AEPNYA Protocolos 2008

Aumenta con la edad y es predominantemente femenino (20:1)

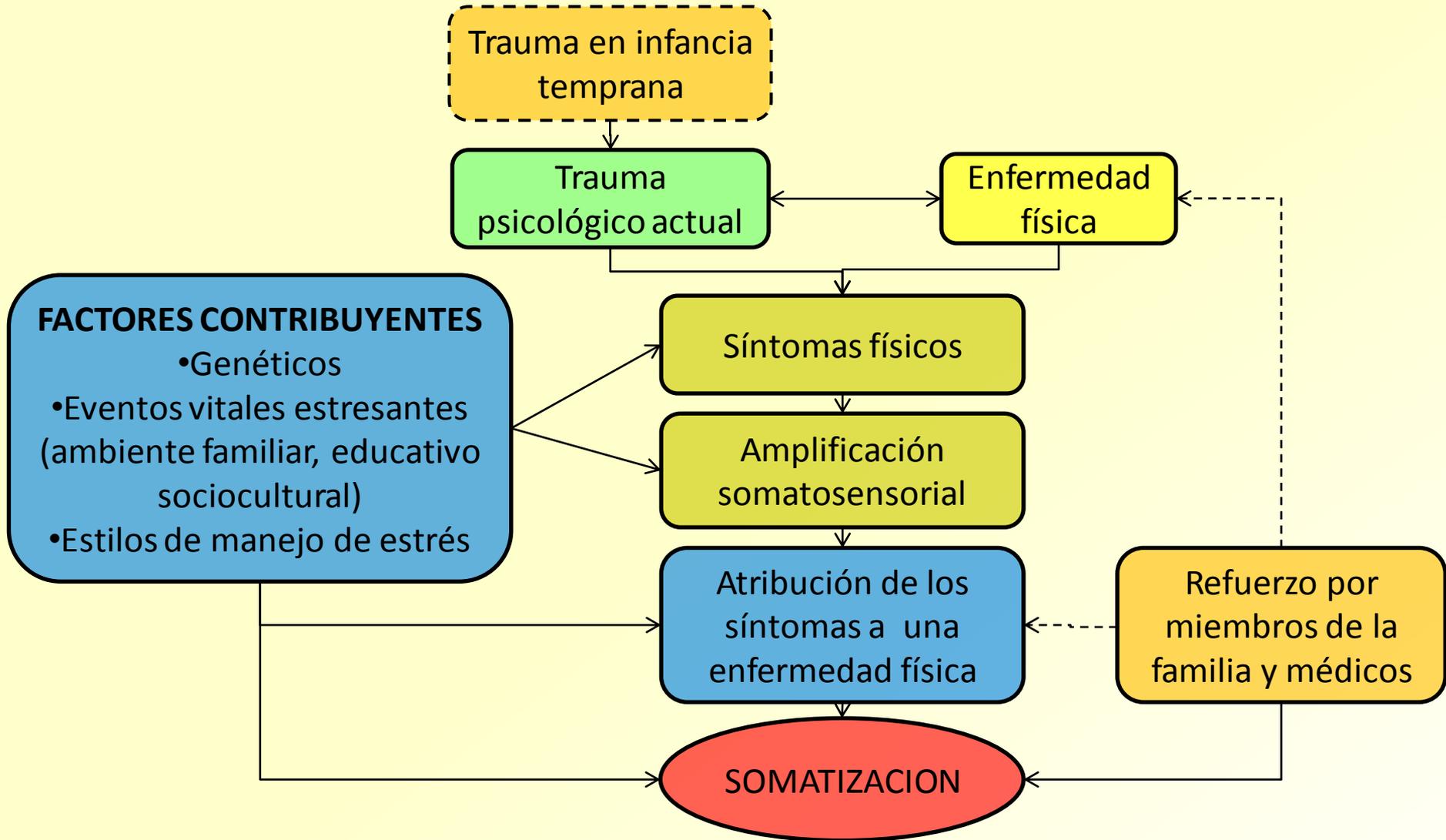
SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE

(Loño, 2003)

- Dolor abdominal recurrente (30%)
- Cefalea y mareo (19%)
- Palpitaciones y dolor torácico “cardiaco” (15%)
- Dificultad para deglutir (9%)
- Marcha inestable (9%)
- Visión borrosa (6%)
- Dismenorrea (3%)
- Artralgias (2-3%)



MODELO ETIPATOGENICO (Martin, A.; Volkmar, F. 2007)

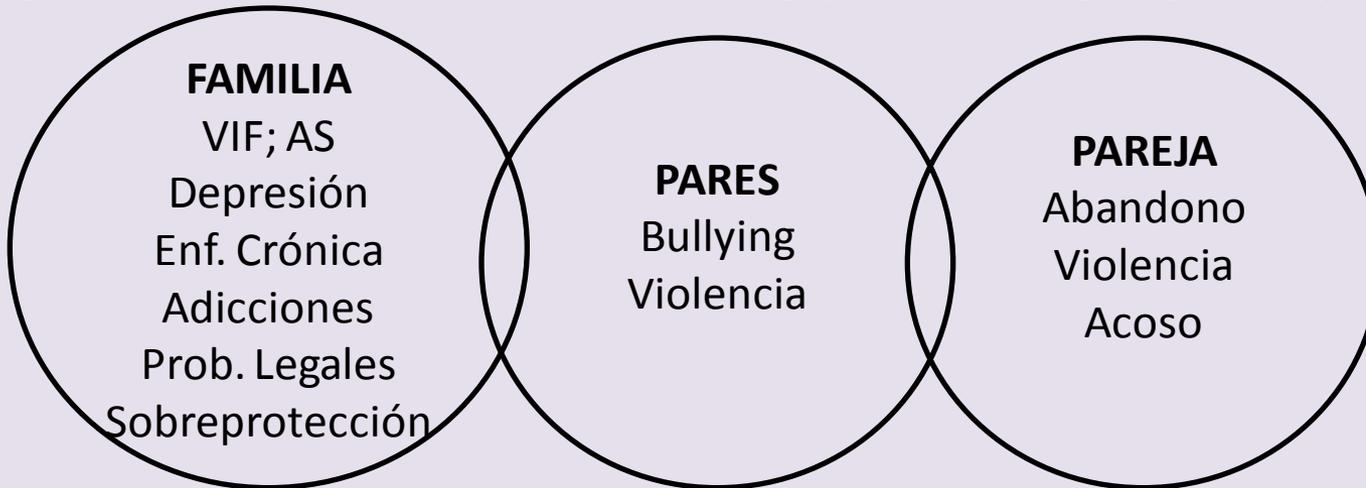


“....expresión simbólica de conflictos intrapsíquicos o de estrés actual, que sustituyen al lenguaje verbal en la comunicación normal de las emociones y son utilizados por los adolescentes para controlar a los allegados y el ambiente.....”

GENETICA (Shaw, R.De Maso, D. 2009)

- Antecedentes de TS en 10-20% de familiares femeninos de 1er grado
- Concordancia del 29% en gemelos monocigóticos y 10% en dicigóticos
- Ansiedad y depresión también son más frecuentes en familiares
- Enfermedad orgánica en padres
- Polimorfismos en COMT con sensibilidad al dolor
- Región promotora del neuroticismo y ansiedad ligada al gen transportador de la serotonina
- Gen codificador de la hidrolasa de triptófano que puede influenciar en la aparición de la ansiedad somática

TIPO DE AMBIENTE Y EVENTOS VITALES ESTRESANTES



Associations between bullying behaviour, psychosomatic complaints, emotional and behavioural problems

Gianluca Gini

Journal of Paediatrics and Child Health 44 (2008) 492–497

University of Padua, Padua, Italy

Table 1 Distribution of boys and girls among the bully victim groups

| | Bullies | Victims | Bully victims | Borderline | Uninvolved |
|-------|------------|-----------|---------------|-------------|-------------|
| Boys | 42 (66.7%) | 24 (60%) | 33 (55.9%) | 89 (39.6%) | 78 (43.8%) |
| Girls | 21 (33.3%) | 16 (40%) | 26 (44.1%) | 136 (60.4%) | 100 (56.2%) |
| Total | 63 (100%) | 40 (100%) | 59 (100%) | 225 (100%) | 178 (100%) |

Table 2 Association between reports of being bullied and psychological or psychosomatics problems

| | Prevalence of symptoms (%) | | Odds ratios* (95% confidence interval) | P-value |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------|--|---------|
| | Uninvolved children (n = 178) | Victims (n = 40) | | |
| SDQ | | | | |
| Total difficulties | 13.5 | 40 | 3.76 (1.73–8.16) | <0.001 |
| Emotional problems | 19.1 | 30 | 1.68 (0.77–3.67) | NS |
| Conduct problems | 22.5 | 45 | 2.43 (1.18–5.03) | <0.05 |
| Hyperactivity | 13.5 | 30 | 2.41 (1.05–5.53) | <0.05 |
| Problems with peers | 17.4 | 52.5 | 4.40 (2.08–9.33) | <0.001 |
| Psychosomatic symptoms | | | | |
| Headache | 32.6 | 37.5 | 1.51 (0.72–3.14) | NS |
| Abdominal pain | 36 | 40 | 1.49 (0.71–3.10) | NS |
| Sleeping problems | 28.1 | 70 | 5.77 (2.70–12.33) | <0.001 |
| Feeling tense | 36.5 | 70 | 5.19 (2.42–11.13) | <0.001 |
| Feeling tired | 40.4 | 70 | 4.13 (1.94–8.78) | <0.001 |
| Dizziness | 15.2 | 35 | 3.02 (1.39–6.58) | <0.01 |

*Adjusted for sex and age.

NS, not significant; SDQ, Strengths and Difficulties Questionnaire – Teacher version.

MANEJO Y RESPUESTA FRENTE AL ESTRES

PERSONALIDAD

Apego negativo
Incapacidad de verbalizar
Impulsividad
Pesimismo
Perfeccionista
Autoconcepto pobre

QUEJAS APRENDIDAS

Tipo de atención y simpatía por parte de los otros
Capacidad de asumir responsabilidades
Beneficios del rol de enfermo
Síntoma familiar modelo
Áreas rurales y clases socioeconómicas bajas

Kriechman, A. Siblings with somatoform disorders in childhood and adolescence. J Amer Acad Child Adol Psychiat, 1987; 26, 2: 226-231

TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN. RECOMENDACIONES EN EL MANEJO

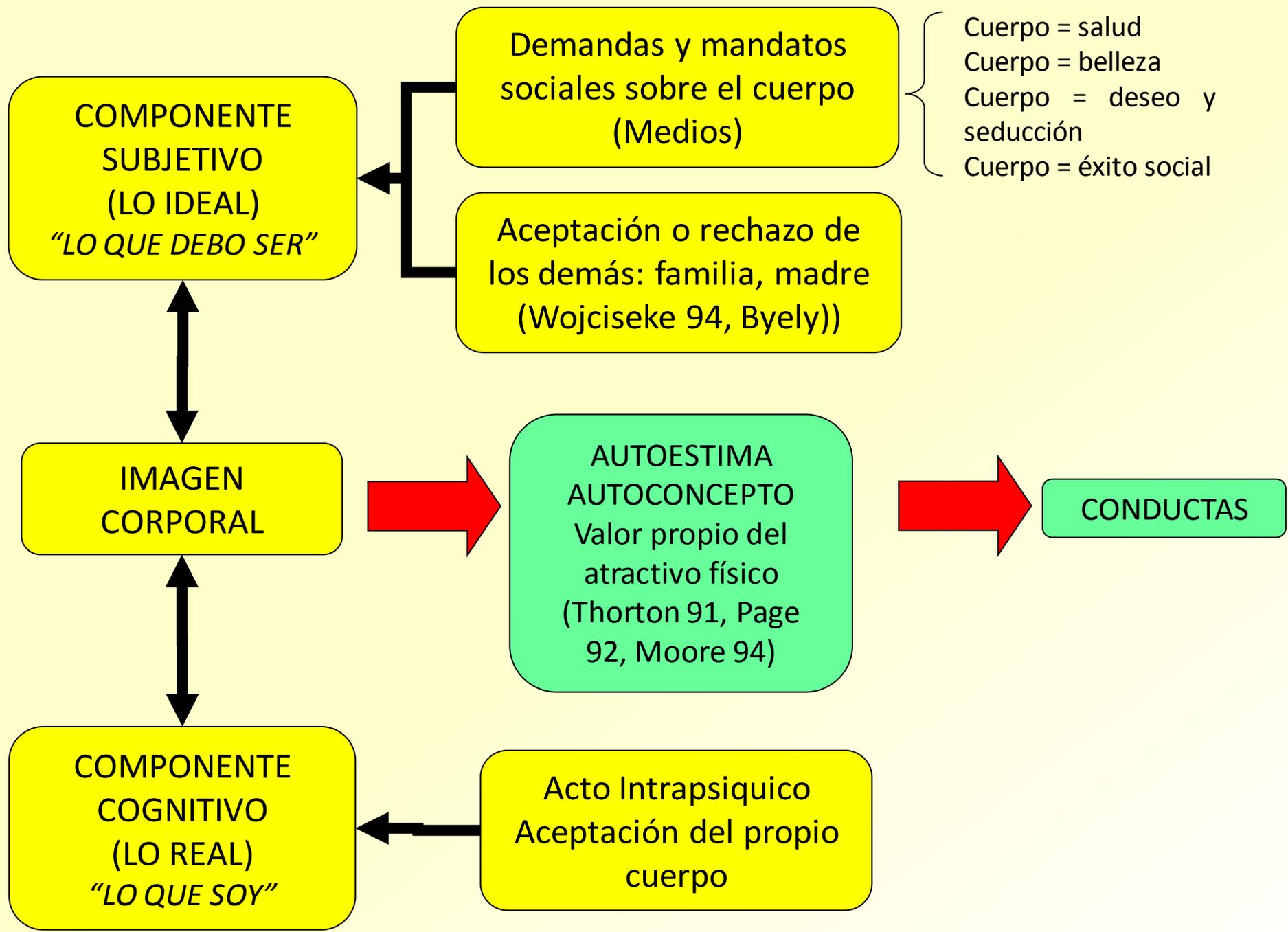
- No referirlos ayuda a la mejoría. “A mas médicos mas quejas”
- Mostrar interés. No minimizar. Aceptar la existencia de los síntomas y ayudar al/la adolescente a identificar las características etiopatogénicas del problema.
- Comprobar la comprensión del adolescente invitándole a resumir lo trabajado, los acuerdos y sus implicaciones personales
- Seguimiento continuo y “acogiente” pero con límites acordados previamente: ej. frecuencia, tiempo, examen físico breve y parcial (focalizado en el síntoma nuevo)
- Consejería para desarrollar la capacidad de afrontamiento
- No exámenes nuevos ni repetidos de laboratorio
- Preparación para interconsulta a Psiquiatría (especialmente en síndrome de estrés postraumático por AS y VIF)
- Tratamiento farmacológico es un riesgo si la medicación no es la correcta

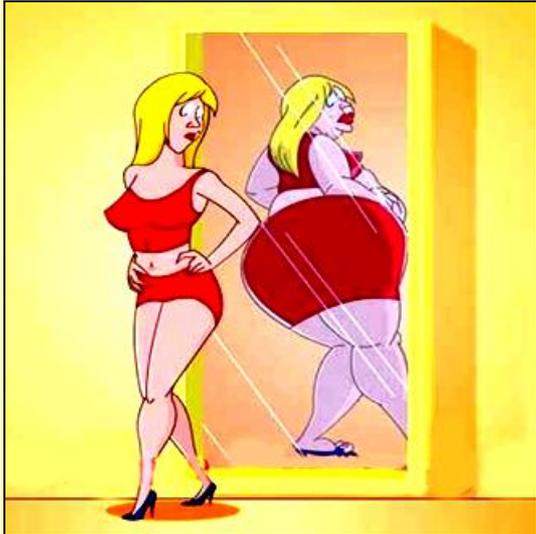
TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL (TDC). DISMORFOFOBIA O FEALDAD IMAGINARIA CRITERIOS DIAGNOSTICOS

“Dr. Por fa, deseo cambiar mi cara, no me gustan los pómulos ni la nariz....hasta que no se arregle esto he decidido dejar el colegio...es mucho problema....también quisiera alargarme las piernas....”

- A. Preocupación excesiva (obsesiva) por algún defecto imaginario o existente en el aspecto físico **(Criterio A)**.
- B. Malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo **(Criterio B)**
- C. El problema no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., la insatisfacción por el tamaño y la silueta corporales presente en la anorexia nerviosa) **(Criterio C)**.







DISCREPANCIA ENTRE EL
DEBER SER DEL CUERPO
IDEAL CON EL CUERPO REAL



Distorsión de la
imagen corporal

BAJA AUTOESTIMA
Sentimiento de
inferioridad
(Wiederman 98
Hurst 92))

Conductas
compensatorias
evitadoras o
castigadoras
Refuerzo Externo
(Page 92)

Alimentación
Ejercicio
Vestimenta
Adornos
Interacción
social
Seducción

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL (TDC)

- Incidencia: 0,5 – 1,2 %
- Edad de inicio: Adolescencia
- Sexo: ¿? > en mujeres
- Produce vergüenza y necesidad de ocultarlo a la persona que lo padece.
- Conducta evitativa . Detección difícil. Preguntar directamente sobre sus síntomas
- Existencia de preocupaciones familiares. Investigar:
 - ¿Su hijo comprueba excesivamente su aspecto físico frente al espejo?
 - ¿Se acicala demasiado?
 - ¿ Tiene dudas excesivas sobre su aspecto físico?
 - ¿Ejerce presión constante para cirugía estética y tratamientos dermatológicos costosos y riesgosos?



TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL (TDC). MANEJO

- No es fácil. Captación para derivación a psiquiatría. Condicionar la cirugía a una consulta previa con psiquiatría.
- La TCC tiene resultados inciertos. En los casos leves, puede ayudar a controlar los pensamientos negativos sobre si mismo.
- Ningún tratamiento quirúrgico ni psicoterapéutico resulta totalmente eficaz. Riesgo de cronicidad y agravamiento.
- Algunos casos mejoran con ISRS, clorpromacina, pimozina o inhibidores de monoaminooxidasa (IMAO).



TRASTORNO DE CONVERSIÓN

“ Adolescente de 16 años, mujer, acude a consulta de emergencia acompañada de su madre, por presentar pérdida súbita y parcial de la visión en ambos ojos y parálisis en miembro inferior izquierdo luego de tener disgusto muy fuerte con su padre, quien le descubrió con su enamorado

Al examen físico, luce tranquila, orientada auto y alopsíquicamente. ENE normal.

RMN y pruebas de laboratorio: normales.

Se le coloca en reposo y observación discreta

Se empieza consejería para el manejo de la relación familiar y problema de pareja, garantizándole confidencialidad. Dos días después, la enfermera comunica que la joven “si tiene movimientos pequeños de los pies” y que a pesar de estar casi ciega y con hemiplejía, luce “muy animada y contenta” al hablar con el personal de salud

TRASTORNO DE CONVERSIÓN

CRITERIOS DIAGNOSTICOS (DSM V 300.11-CIE 10. F44)

- A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren una enfermedad neurológica o médica.
- B. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas
- C. El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental.
- D. El síntoma o déficit genera malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica. Pueden causar más malestar a los padres o médicos que al propio paciente (*la belle indifférence*)

TRASTORNO DE CONVERSIÓN. TIPOS

F44.4 Con síntoma o déficit motores. Incluye síntomas como alteración de la coordinación psicomotora y del equilibrio, tics, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de «nudo en la garganta», afonía y retención urinaria.

F44.5 Con pseudocrisis o convulsiones. Presencia repentina de componente motor voluntario o sensorial (convulsiones). Rara vez con mordida de lengua o caída brusca al piso. EEG normal.

F44.6 Con síntoma o déficit sensoriales. Incluye síntomas como disminución de la sensibilidad táctil (anestesia, parestesia) y dolorosa, diplopía, ceguera, visión en túnel (no tropiezo), mutismo, sordera y alucinaciones.

F44.7 De presentación mixta. Incluye síntomas de más de una categoría

TRASTORNO DE CONVERSIÓN

EPIDEMIOLOGIA

- Incidencia anual del 0,02 %
- 5-15 % de las consultas psiquiátricas ambulatorias
- La relación Mujer /Hombre 5:1
- El trastorno parece a cualquier edad, pero se suele iniciar con mas frecuencia en la pubertad - adolescencia o principios de la edad adulta
- Asociado a personalidad histriónica, dependiente
- La comorbilidad psiquiátrica en niños y adolescentes no está bien estudiada. En adultos hay tasas de comorbilidad con otros trastornos disociativos (91%) y con trastornos afectivos (64%), así como trastornos depresivos mayores, trastornos de angustia y de abuso de sustancias
- Riesgo suicida importante
- Es mas frecuente en medio rural, o en medios socioeconómicos poco favorecidos donde aparecen en medio de rituales (mujeres)

TRASTORNO DE CONVERSIÓN. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

- No parece tener una base genética
- Las características familiares juegan un papel importante en la expresión y persistencia de los síntomas (ganancia secundaria = incremento de la atención y cuidado)
- Suele haber imitación o “aprendizaje” de los síntomas de una persona cercana con una enfermedad de base orgánica
- Los patrones de alteración familiar mas comunes son:
 - Familias ansiosas y preocupadas por las enfermedades (“hipocondriacas”)
 - Familias disfuncionales, desorganizadas y caóticas
- Tienen respuesta posterior inadecuada frente al problema (minimización y negación). Ej. Se resisten activa o pasivamente a la derivación al psiquiatra. Piensan en una enfermedad física o suelen utilizar “remedios” que salven las apariencias como lociones, vitaminas, etc

TRASTORNO DE CONVERSIÓN. ¿QUÉ HACER?

- Vinculo terapéutico cariñoso y firme, con autoridad. No confrontar
- Observación discreta de la conducta nos ayuda a verificar que no se trata de una enfermedad neurológica ni médica.
- “Desenmascarar” de inicio los síntomas empeora la evolución y el tratamiento.
- Consejería y terapia cognitiva conductual con objetivos claros:
 - Informar y ayudar al adolescente a identificar el problema
 - Aceptar la necesidad de buscar apoyo y tratamiento
 - Distinguir entre el proporcionar información relevante vs. información irrelevante o repetitiva
 - Reforzar las conductas de afrontamiento y reducir la ganancia secundaria asociada al rol de enfermo
- Las técnicas de relajación, la hipnosis y los ansiolíticos pueden ser útiles. Si desaparece es “conversión”
- Derivación a Terapia familiar

TRASTORNO DE CONVERSIÓN CURSO Y EVOLUCION

- El curso es breve (pocas horas o días). La mayoría (90%) se resuelven a los 3 meses posteriores al diagnóstico. Si duran más el pronóstico es malo.
- La recurrencia suele ser excepcional (25%) y puede presagiar la instalación progresiva de un trastorno de somatización
- Los exámenes: médico, laboratorio y/o radiológico son normales aunque podría ocasionalmente generar confusión. Existe una asociación con enfermedades médicas o lesiones previas (10% al 60% de casos)
- Más del 50 % de los casos pueden tener problemas neurológicos a posteriori

