

**7° CONGRESO DE PEDIATRIA GENERAL  
AMBULATORIA  
SALTA 9 de NOVIEMBRE 2018**

**CUANDO EL ALMA SUFRE, LLORA EL CUERPO  
(SIN PALABRAS)**

***SEMIOLOGÍA DE LAS SOMATIZACIONES***

*Dra FANNY BREITMAN*

# TRASTORNOS SOMATOMORFOS

1 o mas síntomas físicos que después de evaluación

**APROPIADA**

no se encuentra patología orgánica

TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS: *en desuso*

INCLUYE TODA la  
PATOLOGÍA y..... la SALUD

*Expresiones coloquiales, sabiduría popular*

*"ese tema me hace ruido" "mi vieja me dio un dolor de cabeza",  
"me das ganas de vomitar", "se me cerró el estómago" "nudo en la garganta"  
"se me revuelven las tripas" "se me estruja el corazón"*

# TRASTORNOS SOMATOMORFOS

- 10% consultas pediátricas
- Escolares >Adolescencia observación hiperdetallada de su cuerpo > mujeres
- > En familias < nivel sociocultural. Síntomas + raros

## SÍNTOMAS

- ⇒ edad dependiente < lenguaje > expresión física
- palpitaciones, sudoración, rubicundez, mareos, presíncope, síncope, polaquiuria , parestesias
- síntomas digestivos, DAR,
- Síndrome de hiperventilación: falta de aire, sensación de ahogo, temblor, tetania
- Dolor músculoesquelético : (20%) adolescentes
- Cefaleas, dolor torácico, dismenorrea
- Fatiga crónica. Estridor funcional Seudocrisis
- **DOLORES-----**

# TRASTORNOS SOMATOMORFOS DSM V CIE10

*Clasificación importada de adultos*

*Excluye facticios / simulación*

- TRAST DE SINTOMAS SOMATICOS

*ex SOMATIZACIONES Y DOLOR (múltiple abanico de síntomas)*

*Conflicto conocido o no. No significado simbólico*

- INDIFERENCIADO *ej: fatiga crónica*

- TRAST DISMÓRFICO CORPORAL retirado

*preocupación obsesiva +++ defecto físico imaginado o exagerado*

- TRAST DE CONVERSIÓN

*Significado simbólico?.síntomas sensorial/ motor / no explicación anatómica*

- HIPOCONDRIA *ansiedad +++ a tener enfermedad*

**MUY DIFÍCIL discernir entre ELLOS**

# TRASTORNOS SOMATOMORFOS DSM V CIE10

*Clasificación importada de adultos*

*Excluye facticios / simulación*

## • TRAST DE SINTOMAS SOMATICOS

*ex SOMATIZACIONES Y DOLOR (múltiple abanico de síntomas)*

*Conflicto conocido o no. No significado simbólico*

## • INDIFERENCIADO *ej: fatiga crónica*

## • TRAST DISMÓRFICO CORPORAL retirado

*preocupación obsesiva +++ defecto físico imaginado o exagerado*

## • TRAST DE CONVERSIÓN

*Significado simbólico?.síntomas sensorial/ motor / no explicación anatómica*

## • HIPOCONDRIA *ansiedad +++ a tener enfermedad*

**MUY DIFÍCIL discernir entre ELLOS**

**INDEPENDIENTE DE TODA CLASIFICACIÓN TODOS LOS CUADROS  
COMPARTEN:**

**EXPRESIÓN FÍSICA DE UN PROBLEMA PSÍQUICO.**

*Imposibilidad de relacionar síntomas con hechos traumático*

*Imposibilidad de expresar con palabras*

*Intento involuntario de solución conflictos por vía corporal*

**OPERATIVAMENTE**

**A NUESTROS/AS PACIENTES....**

**LES DUELE EL ALMA!!!**

*A Schon F Breitman*

...dar por supuesto que a todo término con un significado ha de corresponder una realidad objetiva precisa constituye un crasísimo error Pinillos J 1975. Principios de psicología

# TRAST SOMATOMORFOS: PRESENTACIÓN CLÍNICA

- **Cronicidad** Múltiples consultas
- **Síntoma**: cambiante, impreciso
  
- No "calza" con anatomía, inervación, irrigación, fisiopatología
- No calma con nada
- No signos ni síntomas sistémicos (*fiebre, astenia*)
- No suele estar durante el sueño
- **Ex Físico / Ex complementarios** normales
- **Comportamiento hacia el problema inapropiado:**
  - **Indiferencia**: *la belle indifference*
  - **Discordancia** relato magnitud del dolor y expresión facial
  - **Discurso teatral**, exagerado. dramático.
- Personalidad variable: Provocativa. Hostil. Seductora. Inhibida
- **Ausentismo escolar ++++**

SABRINA 8a3m.

Dolor cadera izquierda irradia a M inf desde hace 5 meses

Marcha atípica. No va al colegio.

No la deja dormir

Antecedentes personales/ familiares de enfermedad: NO

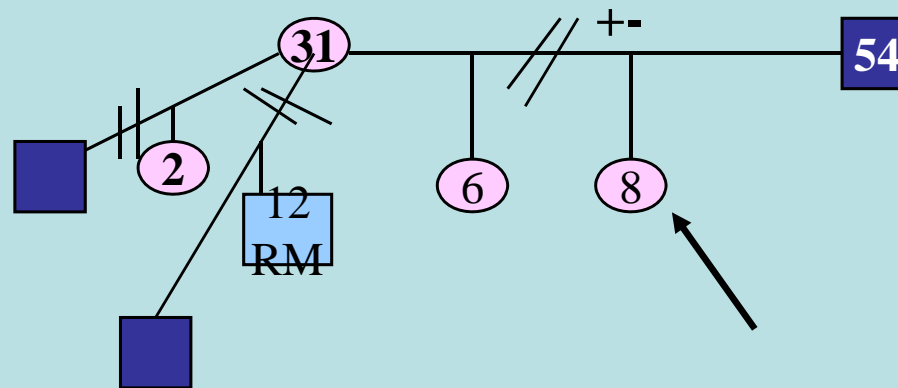
EF: facies dolorosa, palidez cutánea, marcha dificultosa, llora a la movilidad pasiva, duele cara anterior de tibia. Afebril. No atrofia cuádriceps

No compromiso articular

En horas sucesivas mejora signos no síntomas

Hemogramas, ESM (3) N, Rx F y P + ecografía caderas, Rx columna, TAC cadera, centellograma, NORMALES

FAMILIA:







# TRAST SOMATOMORFOS: FAMILIAS/ MECANISMOS 1

- **AGLUTINADAS**
  - **SOBREPROTECTORAS**
  - **RÍGIDAS**
  - **CAÓTICAS**
- Reforzar síntomas  
- Infantilizar  
- Mantener cerca

Beneficio 2<sup>o</sup>  
SIN INTENCIONALIDAD

- Enfermedad hijo: desvía atención problemas intrafamiliares
- Alianzas hijo - progenitor
- Detonado por problema agudo (ocasional)

## CONDUCTAS DE IDENTIFICACIÓN

- Imposibilidad de poner palabras a sentimientos fuertes  
toleran mejor síntomas somáticos
- No relacionan síntoma, no recuerdan stress o conflicto
- Se habla poco
- Patrones de padecimiento corporal crónicos / síntomas parecidos

LEONEL 10 a

MOT CONS: tos persistente

ANT FLIARES: nivel socioecon medio , intelectual. padres sanos, 3 hermanos : 6, 4 y 2 ½

ANT PERSONALES: Excelente alumno. Obesidad

ANT ENF ACTUAL: desde hace 8 meses ataques de:

tos seca, diaria, diurna, muy frecuente.

CONSULTAS PREVIAS: múltiples, clínicas y especializadas

ESTUDIOS REALIZADOS: Rx Tx (4), Rx lat cuello y senos, TAC Tx, espirometría, esofagograma, hemograma (3), ESM (3), Px , IgE, laringofibroscofia : NORMALES

TRATAMIENTOS RECIBIDOS: salbutamol, salmeterol, corticoides tópicos bronquial y nasal. ATB. Tratamiento antirreflujo

EX CLÍNICO: peso clo 97, talla clo 50. IMC clo 95: TA normal. Auscultación normal. Voz normal. Actitud infantil. Tímido.

## ANAMNESIS DETALLADA:

Tos: nunca nocturna. Puede inhibirla con esfuerzo voluntario

Familia muy aglutinada, poco expresivos, poco conversadores,

Leonel niega eventos traumáticos pero se angustia frente a la pregunta por problemas en el colegio.

Después de varias entrevistas Leonel, más confiado y a solas en una fuerte crisis de angustia explica que en el colegio le dicen «gordo maricón». No lo había contado a nadie

EVOLUCION: después de varias entrevistas desaparece el síntoma

DIAGNÓSTICO: TOS TICOSA/ SOMATIZACIÓN

# TRAST SOMATOMORFOS: MECANISMOS 2

## STRESS:

Sucesos ↑ demanda adaptativa que supera capacidades/recursos

C/u experimenta/ responde al stress **como puede** por

- **GENÉTICA** facilitación individual órganos de choque
- **EXPERIENCIAS**
- **PATRONES** familiares

## STRESSORES MEDIOMABIENTALES múltiples / **MUY PERSONALES**

Intrafamiliar: competencia hermanos, sobrexigencia, maltrato, abuso.....

Extrafamiliar: bullying, discriminación, conflictos amorosos, sexuales.....

ETC, ETC, ETC

**SELVA 12  $\frac{1}{2}$  años:**

**Desde hace aprox 1mes**

**Cefalea holocraneana, diaria, compresiva,**  
sobre todo **al despertar y antes de dormir.**

**Dura aprox  $\frac{1}{2}$  a 1 hora**

**Se acompaña de vómitos y mareos ocasionales**

**No antecedentes familiares de cefaleas recurrentes**

**No refiere ni admite preocupaciones**

**EF: normal.** Actitud calma, inhibida

**Familia muy humilde. Pareja estable. Padre trabajo estable en negro.**

**Hermanos: 16 a varón, 11 a varón, 8 años mujer. Cohabitación**

**TAC, RMN, análisis múltiples: Normales**

**Entrevista a solas: revela abuso sexual por parte del hermano mayor**  
**Cede el síntoma inmediatamente**

**Dx: cefalea tensional? Simulación? somatización?**

## **PASCUAL 7 AÑOS**

- Disfagia para sólidos ( con excepciones) desde hace 3 semanas. Inicio brusco
- No progresiva
- Disminución ligera de peso
- Niega ingesta cuerpo extraño
- Examen clínico normal. Angustia+++
- Rx simple de cuello y tórax : normales
- Dx presuntivo inicial: disfagia psicógena

### **Anamnesis detallada:**

Disfagia posterior a episodio de aspiración accidental de desodorante de ambiente ( no categorizado, no recordado espontáneamente por niño y familia)

Mejoría en pocos días con indicaciones conductuales y tranquilizar a todos

**EL ENTORNO CONFLICTIVO NO ES  
NECESARIAMENTE CAUSA DE  
SÍNTOMAS FÍSICOS VINCULADOS AL STRESS**

*Caso: Juana 15ª Anorexia, pérdida de peso, insomnio. Surge antec de abuso x tío  
Anamnesis completa: poliuria, polidipsia: diabetes insípida x tumor hipófisis*

***LAS ENFERMEDADES APARECEN EN FAMILIAS.....  
más o menos conflictuadas***

**NO TODO LO QUE NO ES COMPRENSIBLE O RARO  
ES DE ORIGEN PSICOLOGICO**

*Caso meralgia del femoro cutáneo*



# TRASTORNOS SOMATOMORFOS: ABORDAJE

## ENTREVISTA: *ANAMNESIS*

- Paciente- familia: **JUNTOS** ➔ *interacción*
- Paciente/familia: **A SOLAS** ➔ *discordancias*
- **Preocupación, miedo** sobre enfermedad grave o mortal
- **Confidencialidad**
- Pautas de crianza, **anécdotas** , **eventos DE VIDA**
- **Episodios significativos** temporalmente relacionados con el problema
- Escolaridad, vida social
- **PREGUNTAS ABIERTAS:** < sugestionabilidad > oportunidad de hablar
- Permitir preguntas
- Valorar: **QUÉ SE DICE**      **QUÉ SE CALLA**      **CÓMO LO DICE**  
**PORQUÉ LO DICE**

# TRASTORNOS SOMATOMORFOS: ABORDAJE


## *EXAMEN FÍSICO*

- **MINUCIOSO:**
- **COMPLETO**
- **MANIOBRAS**
- Distractivas para ver qué pasa con la zona afectada
- Incoherentes pueden detonar síntoma
- Dibujar área afectada

### **OTRAS ESTRATEGIAS SEMIOLÓGICAS**

- Calendario de síntomas
- Día de vida
- Dibujo de figura humana familia haciendo algo
- Informe escolar

# TRASTORNOS SOMATOMORFOS: ABORDAJE GENERAL

- desde 1er consulta **VÍNCULO** médico-paciente-familia
  - \* **EMPATICO** \* **COMPRESIVO** \* **CONFIABLE** \* **RESPETUOSO**
- **Valorizar** padres y paciente Y carácter importante de la consulta
- Preguntas, comentarios **NO**
  - \* **CULPABILIZANTES** \* **PERSECUTORIAS** \* **INTIMIDANTES**
- Cómo "meterse" en cuestiones íntimas personales/familiares
- Entender y hacer entender **DOLOR /MALESTAR/ SÍNTOMA**  
es **REAL, EXISTE, NO ES INVENTADO**
- *Motivo obvio de stress para observador*  
*Paciente puede no reconocer o asociar* 

# TRASTORNOS SOMATOMORFOS: ABORDAJE GENERAL 2

aprendizaje

MEJORAR - DAR SALIDAS DIGNAS

Explicar:

- síntoma se inició hace tiempo por razón por ahora desconocida o no
- Introducir **de entrada** concepto **relación indivisible psiquismo - cuerpo**

- *palabras tolerables :*

*stress, tensión, mucha sensibilidad, SN hiperactivo, nervios se acumulan en el cuerpo*

- No hay y no prometer curación rápida (*efecto paradójal*) **Sí** alivio
- No dar respuestas inmediatas, vencer presión / frustración profesional

# TRASTORNOS SOMATOMORFOS: TERAPÉUTICA

➡ SE INICIA CON LA 1ª ENTREVISTA : CRUCIAL  
Examen físico y anamnesis son terapéuticos

➡ Consultas prolongadas/ reiteradas /FRECIENTES

*El primer medicamento que el médico prescribe es su propia persona. Balint*

*Los pacientes van a escuchar al pediatra si éste los escuchó*

➡ EL ENCUADRE PSICOFÍSICO ES **SIMULTANEO**

Hacele todo y después me lo mandás



➡ Episodio estresante puede aparecer después de muchas entrevistas  
.....O no aparecer

# TRASTORNOS SOMATOMORFOS: TERAPÉUTICA 2

## INDICAR

- ☞ **Retomar actividades** (escolar, física, social) **lo antes posible**  
↓ utilidad/ perpetuación del síntoma
- ☞ Movilizar +++.  
Kinesioterapia. Masajes. Ejercicios de relajación
- ☞ **PSICOTERAPIA** (es resistida o negada)  
**DIFERIDA EN EQUIPO CON CLINICO**
- ☞ **CLINICO NO DEBE ABANDONAR SEGUIMIENTO /  
ASEGURAR CONTINUIDAD**

# TRASTORNOS SOMATOMORFOS vs ORGANICIDAD

## ☞ SEMIOLOGÍA ACORDE

☞ AUSENCIA SIGNOS / SINTOMAS SISTEMICOS:  
anemia, adelgazamiento, fiebre

☞ EX COMPLEM SENCILLOS ( los menos posible )

- HEMOGRAMA
- ESM
- PROT C
- ORINA COMPLETA
- UREA
- CREATININA
- PROTEINOGRAMA
- Rx

FAN : No!!! *falsos +++*

## SOMATIZACIONES algunas conclusiones

### PACIENTES:

**NO SE HACEN LOS ENFERMOS, ESTÁN CONVENCIDOS  
SU PADECIMIENTO ES REAL**

**PEDIATRAS**      **Desafíos**      No hay metanálisis ni MBE

- Desconcierto, hartazgo, frustración, sobrexigencia
  - Temor omitir organicidad/ perder paciente al revelar origen PSI
  - No compensación económica
  - Aceptar no sentirse en condiciones de abordar el caso
- Riesgos:** conductas invasivas/ multiderivaciones

**La interpretación del significado del síntoma puede dar satisfacción intelectual al profesional de la salud pero la ignorancia no debe impedir el tratamiento**



**MUCHAS GRACIAS  
POR LA  
ATENCIÓN**

## BIBLIOGRAFIA

Rickert V, Jay S Psychosomatic Disorders: The Approach  
*Pediatrics in Review* 1994;15;448

Silber T J Somatization Disorders: Diagnosis, Treatment, and Prognosis  
*Pediatrics in Review* 2011;32;56

Greene J, Walker L Psychosomatic problems and stress in adolescence  
*Pediatric Clinics of North America* -1997; 44 (6)

Santiago J L, Belloch A. La somatización como síntoma o como síndrome:  
una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y  
Psicología Clínica* 2002;7 (2): 73-93

<http://www.psicologiayconducta.com/trastornos-somatomorfos-tratamiento>

Consulta 18/09/2018