

Síndromes somatomorfos en pediatría

Dra. Maíta García Trovato
Médico psiquiatra

Los trastornos somatomorfos son un grupo de síndromes psiquiátricos que se caracterizan por la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas y de laboratorio, a pesar de repetidos resultados negativos de las mismas y las continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Aún en los casos en los que realmente estuvieran presentes trastornos somáticos, éstos no explican la naturaleza e intensidad de los síntomas, ni el malestar y la preocupación que manifiestan el enfermo y su familia.

Incluso cuando el comienzo y la evolución de los síntomas guarda una estrecha relación con acontecimientos biográficos desagradables, o con dificultades o conflictos, el enfermo suele resistirse a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico, lo que puede incluso suceder aún estando presentes síntomas depresivos y ansiosos evidentes. El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para su familia y, desde luego, para el médico no psiquiatra.

La DSM IV-TR fija criterios diagnósticos bastante claros para siete formas de presentación de estos trastornos incluyendo desde los de somatización, conversión, dolor, dismórfico corporal e hipocondría, hasta los que denomina trastorno indiferenciado y somatomorfo no especificado.

El niño como paciente no es ajeno a este tipo de patología. Sin embargo, no hay consenso sobre lo que constituyen los Síndromes somatomorfos en Pediatría. La mayoría de casos no reúne los síntomas suficientes para cumplir con los criterios diagnósticos de la DSM IV-TR muchos de los cuales son extremadamente infrecuentes en la infancia.

El diagnóstico de estos cuadros es básicamente negativo, por exclusión. El único dato "de evidencia" (cuando se encuentra) es la relación temporal entre el síntoma físico y algún acontecimiento vital estresante.

El diagnóstico "por exclusión" siempre tiene riesgos :

a) que la enfermedad física no se haya manifestado todavía; b) que los procedimientos diagnósticos apropiados se llevan a cabo después del diagnóstico psiquiátrico; c) que el conocimiento de la enfermedad sea insuficiente, y d) que el problema sea orgánico aunque exacerbado por aspectos psicológicos. Sin embargo, no plantear una etiología psicológica para determinados síntomas conlleva someter al paciente al alto costo de procedimientos diagnósticos y asistenciales y a cronificar sus dolencias.

En la primera infancia, la inmadurez cognitiva y el vocabulario limitado determinan una dificultad evidente para expresar en forma verbal las emociones: el malestar emocional en los bebés se pone de manifiesto a través de la alteración de sus dos funciones básicas, la alimentación y el sueño. Los síntomas digestivos y los relativos al sueño tienen elevado valor semiológico de la interacción madre-bebé.

En la edad escolar, a partir de los seis años, la sintomatología se hace más variada y cobra importancia destacar algunos rasgos de la personalidad en formación de estos niños. En algunos casos los encontraremos con tendencia al perfeccionismo, altas expectativas personales, hiperresponsables, niños "buenos en todo", acostumbrados a negar sus ansiedades, con familias aparentemente felices, sin problemas evidentes, en las que los conflictos también son negados o relegados. En otros, las situaciones ansiogénicas podrán ser más visibles. Denominador común de los pacientes es la inclinación a estar muy pendientes del funcionamiento de su propio cuerpo, cualquiera de sus variaciones se convierte en el centro de su preocupación. ("Amplificación somatosensorial", Campo, 1994). Importante tener en cuenta el grado de discapacidad o limitaciones que el síntoma ocasiona en la vida cotidiana del niño: a) días de ausentismo escolar, salidas con amigos, deportes, comidas, etc.; b) dimensión de su "ganancia secundaria" habida cuenta que todos los niños reciben mayor atención cuando están enfermos; y, finalmente, c) actitudes de los adultos que rodean al niño que varían desde la magnificación del síntoma y focalización en el mismo hasta la negación total. Patología que compromete diversos órganos y sistemas es relativamente frecuente entre los seis y los once años de edad. A los trastornos psicósomáticos clásicos, se añade una clínica que sugiere

compromiso neurológico (mareos, cefaleas, ataques, ataxia, desvanecimientos, etc.), cuadros dermatológicos y dolorosos de magnitud variable.

En la adolescencia, la preocupación por el cuerpo, su aspecto, el hecho de ser "sano y fuerte", la imagen, la popularidad, etc. son temas de gran sensibilidad.

Pilares etiológicos de la queja somática en estos años son el narcisismo propio de la edad y los temores hipocondríacos. Aumenta la frecuencia de quejas corporizadas ante situaciones de estrés. Síntomas de ahogo, "nudo en la garganta que no me deja respirar", taquicardias, cefaleas, artralgias y dolor abdominal a los que se agregan signos clínicos de tipo neurovegetativo como sudoración, palidez, escalofríos, náuseas con o sin vómitos, constituyen recurrentes motivos de consulta. Las alteraciones del sueño y trastornos de la conducta alimentaria, en más o en menos en ambos casos, son respuesta frecuente ante cualquier problema. El acné juvenil, la dismenorrea, los mareos, la sensación de cansancio "extremo", los adormecimientos de miembros superiores y/o inferiores, la tensión mamaria y la retención hídrica llevan a una serie de exámenes clínicos y de laboratorio

en la búsqueda infructuosa de algún correlato orgánico, las más de las veces inexistente.

En ciertos casos es factible encontrar factores desencadenantes en cuatro grandes rubros: a) familiares, desavenencias con padres o hermanos; b) escolares, problemas con calificaciones o con los compañeros de clase; c) sociales, problemas económicos, de vivienda o laborales de los padres, y, d) sentimentales, enamoramiento no correspondido o dificultades en la relación.

En cuanto al tratamiento y una vez descartada toda patología orgánica, buena parte de estos niños se beneficia con una psicoterapia de apoyo orientada a facilitar la verbalización de sus dificultades en un ambiente de franqueza y comprensión y estableciendo una suerte de puente con la familia inmediata con la finalidad de posibilitar que estas mismas condiciones se den al interior del hogar. En algunos casos, particularmente en niños mayores de diez años de edad, se hará necesario recurrir, por corto tiempo, al empleo de benzodiazepinas o antidepresivos, hasta poner al paciente en condiciones de responder mejor a la psicoterapia.