

# TRASTORNOS SOMATOMORFOS

**Olivia Fiertag, Sharon Taylor, Amina Tareen & Elena Garralda**

**Editores: Azucena Díez-Suárez y Matías Irrázaval**

**Traductores: Cecilia Hernández González, Ana Mena Morales, Ana Alvarado Dafonte**



El Niño  
Enfermo.  
Gabriel Metsu  
(c1660)  
Rijksmuseum,  
Amsterdam

**Olivia Fiertag MBChB,  
MRCPsych**

Especialista en psiquiatría de niños y adolescentes, Barnet, Enfield and Haringey Mental Health NHS. Profesor honorífico en el Imperial College, Unidad académica de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, St Mary's Hospital, Londres, Reino Unido.

Conflictos de intereses: Ninguno declarado

**Sharon Taylor BSc, MBBS,  
MRCP, MRCPsych,  
CASLAT, PGDip**

Psiquiatra y consultor de psiquiatría de niños y adolescentes, profesor honorífico en el Imperial College, Unidad Académica de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, St. Mary's Hospital, Londres, Reino Unido.

Conflictos de intereses: Ninguno declarado

**Amina Tareen MBBS,  
MRCPsych**

Consultor de psiquiatría de niños y adolescentes, Barnet, Enfield and Haringey Mental Health NHS. Profesor honorífico Imperial College, Londres, Reino Unido.

Conflictos de intereses: Ninguno declarado.

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP.

Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2012. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de Licencia Creative Commons Atribución No-comercial. El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial.

Cita sugerida: Fiertag O, Taylor S, Tareen A, Garralda E. Trastornos Somatomorfos (Díez-Suárez, Irrázaval M (eds). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2014.

Los síntomas físicos (somáticos) son muy comunes en niños y adolescentes, quienes con mucha frecuencia tienen dificultades para expresar sus sentimientos y emociones a través del lenguaje. Debido a esto, el dolor psicológico puede expresarse como síntomas físicos, somáticos. En general, los padres son conscientes de que sus hijos a veces experimentan síntomas somáticos si están preocupados o tratando de evitar algo. La mayoría de los padres minimizarán la importancia de estos síntomas y tratarán de averiguar la causa que los provoca. Esta táctica ayuda a los niños a aprender a hacer frente a los factores estresantes cotidianos. Sin embargo, a veces los síntomas persisten. Se considera que entre el 2 y el 10% de los niños refieren dolores y molestias (por ejemplo, dolores de estómago, dolores articulares, cefaleas) que son inexplicables desde el punto de vista médico. El concepto “síntomas inexplicables desde el punto de vista médico” se refiere a todos esos síntomas corporales molestos o recurrentes que no tienen una explicación médica reconocida. Los síntomas físicos inexplicables pueden no desencadenar muchas dificultades, sin embargo, a veces causan sufrimiento, deterioro funcional, y llevan a buscar ayuda médica, como ocurre en los trastornos somatomorfos.

Los niños con síntomas somáticos sin explicación médica, de cualquier edad, con distintos niveles de gravedad, pueden desarrollar un deterioro funcional. Estos síntomas, especialmente cuando son múltiples, tienden a estar asociados a problemas psicológicos. Hay evidencia de que los niños que presentan síntomas somáticos con frecuencia, incluso los niños en edad preescolar, son significativamente más propensos que los niños sin síntomas a tener asociados problemas de conducta y emocionales, así como a faltar a la guardería y asistir a múltiples consultas médicas (Domenech-Llaberia et al, 2004). Estos niños también pueden tener un mayor riesgo de experimentar síntomas físicos adicionales y dificultades psicológicas en la infancia tardía o en la adolescencia.

En muchas ocasiones los síntomas físicos y psíquicos interactúan, ya que en realidad ninguna enfermedad es puramente física o psicológica—después de todo, no podemos separar el cuerpo de la mente. Por lo tanto, en pacientes que presenten de manera reiterada con síntomas físicos (especialmente, pero no de forma exclusiva), y estos carezcan de explicación médica, será fundamental tener en cuenta el malestar psicológico subyacente. En la Tabla I.1.1 se resume en líneas generales las diferentes formas en las que se vinculan los aspectos físicos y psicológicos.

## ¿QUÉ ES LA SOMATIZACIÓN?

La somatización describe una constelación de características clínicas y conductuales que indican que una persona está experimentando trastornos psicológicos a través de síntomas físicos (somáticos) no explicados por los hallazgos patológicos; la persona atribuye estos síntomas a una enfermedad física y esto le lleva a buscar ayuda médica. En la somatización, por lo general, la producción de los síntomas no es consciente, sin embargo, en niños y adolescentes es particularmente difícil establecer el nivel de control consciente.

Elena Garralda MD, MPhil,  
FRCPsych, FRCPCH

Profesora de Psiquiatría de Niños y Adolescente, Imperial College London, Consultor honorífico en Psiquiatría de Niños y Adolescente con CNWL Foundation NHS Trust, Londres, Reino Unido.

Conflictos de intereses:  
Ninguno declarado.

Esta versión en español añade cambios introducidos en el DSM-5 a la versión original de este capítulo publicada en 2012.

**Tabla I.1.1 Formas en las que se vinculan aspectos físicos y psicológicos de la enfermedad**

Naturaleza de la Asociación	Ejemplo
Los trastornos psicológicos/psiquiátricos pueden presentarse con síntomas físicos	Niño que presenta de manera recurrente dolor abdominal de origen "no orgánico"
Complicaciones físicas de problemas psiquiátricos	Niño que presenta insuficiencia hepática después de autolesionarse con una sobredosis de paracetamol
Consecuencias psiquiátricas de una enfermedad física y su tratamiento	Niño con anemia de células falciformes que desarrolla depresión debido al deterioro de su salud física
Efectos del trastorno psiquiátrico en la enfermedad física	Niño con diabetes y fobia a las agujas, que le hace rechazar el tratamiento y desencadena una progresión de la enfermedad

### **Trastornos de síntomas somáticos y otros trastornos relacionados (Trastornos somatomorfos)**

A continuación, se describen las clasificaciones de los manuales diagnósticos actuales (DSM-5 y CIE-10), así como los principales cambios entre el DSM IV y el DSM-5.

El DSM IV subdividía los trastornos somatomorfos en: *trastorno de somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado, trastorno de conversión, trastorno por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal y trastorno somatomorfo no especificado*. Estos diagnósticos han sido reorganizados y conceptualizados de nuevo en el DSM-5, con la idea de que serán de mayor utilidad para los médicos clínicos no psiquiatras y en el ámbito de atención primaria.

Los trastornos somatomorfos (DSM-IV) pasan a ser denominados "trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados" en el DSM-5, e incluyen los siguientes diagnósticos:

- Trastorno de síntomas somáticos
- Trastorno de ansiedad por enfermedad
- Trastorno de conversión o trastorno de síntomas neurológicos funcionales
- Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas
- Trastorno facticio
- Otros trastornos de síntomas somáticos especificados
- Otros Trastornos de Síntomas Somáticos no especificados.

La principal diferencia radica en que la DSM-IV centraba la importancia del diagnóstico en los síntomas sin explicación médica. Actualmente se considera que los trastornos de síntomas somáticos también pueden acompañar a otros trastornos médicos diagnosticados. La fiabilidad de la determinación de que un síntoma somático carece de explicación médica es limitada, y elaborar un diagnóstico en ausencia de tal explicación es problemático y refuerza el falso dualismo cuerpo-mente.

No es apropiado diagnosticar a una persona de un trastorno mental sólo por el hecho de que no se pueda demostrar una causa médica. Además, la presencia de un diagnóstico médico no excluye la posibilidad de un trastorno mental concomitante, incluyendo el trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de síntomas somáticos son:

- Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria
- Pensamientos, sentimientos o comportamiento excesivo relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
  1. Los pensamientos son desproporcionados y persistentes considerando la gravedad de los propios síntomas.
  2. Desproporcionada preocupación sobre la salud o los síntomas.
  3. Se dedica tiempo y energía excesivos a estos síntomas o a la preocupación por la salud.
- Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de 6 meses)

La CIE-10 describe los trastornos somatomorfos como:

- Repetidas presentaciones con síntomas físicos
- Solicitar repetidamente investigaciones médicas a pesar de resultados negativos y a pesar de ser asegurado que no hay una enfermedad física
- El paciente a menudo se resiste discutir la posibilidad de una causalidad psicológica.

La CIE-10 subdivide estos trastornos en: *trastorno de somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado, trastorno hipocondriaco, disfunción autonómica somatomorfa, trastorno de dolor persistente somatomorfo y otros trastornos somatomorfos*. Otros trastornos en los que la somatización es una característica fundamental—trastornos disociativos (trastornos de conversión en el DSM-5) y neurastenia (o síndrome de fatiga crónica)—se clasifican por separado en la CIE-10.

De todos los trastornos somatomorfos, los más frecuentes en niños y adolescentes son el trastorno de dolor persistente somatomorfo, el trastorno disociativo/conversivo y el síndrome de fatiga crónica (neurastenia). En la tabla I.1.2 se describe un resumen de los criterios específicos de estos trastornos.

### **Carga de la enfermedad**

Pacientes con trastornos somatomorfos tienden a presentarse repetidamente en las consultas de atención primaria y pediatría en lugar de en los servicios de psiquiatría, debido a que los síntomas que presentan son físicos y las familias tienden a atribuirlos a causas “orgánicas”, no psicológicas. La actitud de búsqueda de ayuda médica que suele acompañar a los síntomas a menudo conduce a numerosos estudios médicos (potencialmente dolorosos) y tratamientos, antes

**Tabla I.1.2 Criterios diagnósticos de los trastornos somatomorfos comunes en niños y adolescentes según CIE-10 y DSM-5**

CIE-10	DSM-5
<b>F45 Trastornos Somatomorfos</b>	<b>300.82 Trastorno de Síntomas Somáticos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Síntomas físicos múltiples, recurrentes y que cambian con frecuencia, de al menos dos años de duración.</li> <li>La mayoría de los pacientes tienen una larga y complicada historia de contactos con los servicios de atención primaria y especializada en los cuales pueden haberse realizado muchas pruebas diagnósticas con resultados negativos.</li> <li>Los síntomas pueden ser referidos a cualquier parte o sistema del cuerpo. El curso del trastorno es crónico y fluctuante.</li> <li>A menudo se asocia con una alteración del comportamiento social, interpersonal y familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria</li> <li>Pensamientos, sentimientos o comportamiento excesivo relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud.</li> <li>Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de 6 meses)</li> <li>Especificar si "con predominio de dolor" (antes trastorno doloroso): este especificador se aplica a individuos cuyos síntomas somáticos implican sobre todo dolor.</li> </ul>
<b>F45.4: Trastorno de dolor crónico somatomorfo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>La queja predominante es un dolor persistente, grave y que preocupa al paciente.</li> <li>El dolor no puede ser explicado del todo por un proceso fisiológico o un trastorno físico.</li> <li>Se produce en asociación con conflictos emocionales o problemas psicosociales que son lo suficientemente importantes como para afirmar que son las principales causas.</li> <li>El resultado es, usualmente, un marcado incremento en el apoyo y la atención de otras personas o médicos.</li> </ul>	
<b>F44: Trastornos Disociativos (Conversivos)</b>	<b>300.11 Trastorno de Conversión</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hay una pérdida parcial o completa de la integración normal entre los recuerdos del pasado, la conciencia de la identidad, las sensaciones y el control de los movimientos corporales (existen criterios específicos adicionales con las características clínicas en cada tipo de trastorno disociativo; por ejemplo, la amnesia disociativa, la fuga, el estupor y el trastorno disociativo motor).</li> <li>El examen médico no revela la presencia de un trastorno físico o neurológico conocido.</li> <li>Hay evidencia de causalidad psicológica, ya que hay una clara asociación entre el tiempo en el que suceden los eventos estresantes y los problemas (aunque sea negado por el individuo).</li> <li><i>La posibilidad de una posterior aparición de trastornos físicos o psiquiátricos graves siempre debe tenerse en cuenta</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria</li> <li>Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y enfermedades neurológicas o médicas reconocidas</li> <li>El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental</li> <li>El síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en social, laboral u en otras áreas importantes del funcionamiento</li> </ul>

Tabla I.1.2 (continuación)

CIE-10	DSM-5
<b>F48 : Neurastenia (síndrome de fatiga crónica)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se caracteriza por quejas persistentes y angustiantes de aumento de la fatiga después de realizar un esfuerzo mental, o de debilidad corporal y agotamiento después de un esfuerzo mínimo.</li> <li>• Se observan al menos dos de las siguientes: dolores musculares, mareos, dolores de cabeza tensionales, trastornos del sueño, incapacidad para relajarse, irritabilidad y dispepsia.</li> <li>• La presencia de algún síntoma autonómico o depresivo no es lo suficientemente común y grave para añadirlo como criterio de alguno de los trastornos más específicos.</li> <li>• Existen diferencias culturales importantes en la presentación de este trastorno.</li> </ul>	

de que se identifique la naturaleza psicológica del proceso. Los familiares son, a menudo, escépticos sobre la utilidad de una evaluación psiquiátrica y pueden seguir demandando estudios para hallar alguna patología “orgánica”. Durante la investigación médica se tiende a reforzar la creencia, en el paciente y la familia, de que existe una causa física subyacente. Todo esto puede dar lugar a una enorme carga para los pacientes, sus familiares, así como a un desperdicio de recursos. Los niños faltan al colegio para asistir a las citas médicas y los padres pueden faltar trabajo para cuidar de sus hijos y llevarlos a dichas citas. Se requiere experiencia en la evaluación y gestión de estos casos para evitar la enorme trascendencia para los pacientes, familiares, servicios y para la sociedad en general.

## EPIDEMIOLOGÍA

Poco se conoce de la incidencia exacta o de la prevalencia de los diferentes trastornos somatomorfos. Sin embargo, la epidemiología de las quejas somáticas en general, los factores psicossomáticos y los síntomas medicamente inexplicables, están mejor documentados.

### *Quejas somáticas, síntomas medicamente inexplicables y factores psicossomáticos*

El 10% de los niños que acuden a las consultas de atención primaria o a las clínicas pediátricas padecen síntomas sin explicación médica. Sin embargo, cuando se considera a todos los niños que presentan alguna queja física, y en los cuales los médicos identifican factores psicológicos asociados, se observan factores psicossomáticos en el 25-50% de los casos.

Encuestas realizadas en varios países hallaron que, aproximadamente, uno de cada cuatro niños se queja, al menos, de un grupo de síntomas somáticos cada semana o quincena.

Los síntomas somáticos más comunes son el dolor abdominal, las cefaleas y

los dolores musculares y articulares. Los síntomas somáticos recurrentes y molestos ocurren en el 2-5% de los niños y adolescentes (Garralda, 2005).

### ***Trastornos Somatomorfos***

Un estudio alemán sobre las etapas del desarrollo temprano y la psicopatología examinó la incidencia de los trastornos somatomorfos en personas entre los 14 y 24 años de edad, encontrando que un 12% sufrió, al menos, un trastorno somatomorfo a lo largo de sus vidas. Además, en dicho estudio, se concluyó que padecer un trastorno somatomorfo estaba relacionado con un nivel socioeconómico bajo (excepto en el caso del trastorno por dolor, que era más probable en aquellas personas con un mayor nivel educativo) (Lieb et al, 2000).

### ***Síndrome de Fatiga Crónica***

En Estados Unidos se estima que la tasa de niños y adolescentes que padecen síntomas típicos del síndrome de fatiga crónica es un 2% (Jordan et al, 2000; Garralda & Chalder, 2005), pero los casos en los que aparece el síndrome completo, son mucho más raros (0,19% en el Reino Unido) (Chalder et al, 2003; Garralda & Chalder, 2005). Parece que existe una distribución desigual del síndrome de fatiga crónica entre los diferentes países, siendo más numerosos los casos descritos en los países occidentales del hemisferio norte.

### ***Trastorno de Conversión***

La prevalencia de los trastornos de conversión a nivel mundial es desconocida. Sin embargo, un estudio de vigilancia nacional en niños australianos menores de 16 años con diagnóstico de trastorno conversivo, en seguimiento por especialistas pediátricos, ha demostrado que son poco frecuentes (incidencia de 2,3 a 4,2 por cada 100.000 niños) (Kozłowska et al, 2007).

### ***Dolor Abdominal Funcional***

El estudio de Apley (1975) determinó que el 10% de los niños de la población general (12% hembras, 9% varones) tuvieron al menos tres episodios de dolor abdominal funcional lo suficientemente graves como para afectar la actividad y al funcionamiento en un periodo de 3 meses, aunque solo algunos de estos niños se vieron afectados en la medida esperada del trastorno somatomorfo clínico.

### ***Edad de Inicio y Género***

La mayoría de las molestias y los trastornos indiferenciados comienzan en la niñez o en la adolescencia temprana. Sin embargo, el trastorno de conversión tiende a aparecer más tarde, con una edad media de inicio de 16 años. Los síntomas abdominales aumentan en frecuencia desde los 3 a los 9 años de edad, y, posteriormente, aumentan de manera sostenida hasta la adolescencia. Los dolores de cabeza son menos comunes en los preescolares que en niños mayores o en adolescentes. En las mujeres, el trastorno por dolor tiene una edad de inicio entre los 11 y los 19 años, mientras que en los hombres la edad de comienzo es antes de los 13 (Lieb et al, 2000). Los síntomas somáticos y los trastornos somatomorfos generalmente ocurren con mayor frecuencia en hembras que en varones.

## **ETIOLOGÍA**

**Tabla I.1.3 Factores de riesgo de somatización para niños y adolescentes\***

<b>Individuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes personales de enfermedad física</li> <li>• Mayor atención a las sensaciones físicas</li> <li>• Personalidades meticulosas, vulnerables, sensibles y ansiosas</li> <li>• Preocupaciones particulares sobre las relaciones entre iguales</li> <li>• Orientación hacia el alto rendimiento</li> </ul>
<b>Familiares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas de salud física</li> <li>• Problemas de salud mental</li> <li>• Somatización en los padres</li> <li>• Sobre-involucración emocional</li> <li>• Limitaciones en la capacidad de comunicarse acerca de cuestiones emocionales</li> </ul>
<b>Ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estresores vitales (por ejemplo, el colegio, las ridiculizaciones o el acoso escolar)</li> <li>• Presión académica</li> </ul>

\* Adaptado de Gledhill y Garralda (2009)

La somatización está producida, probablemente, por una combinación de factores individuales, familiares y ambientales que son predisponentes, precipitantes o mantenedores de la somatización. Estos factores se resumen en la Tabla I.1.3.

### Factores Individuales

Las personas con temperamento sensible, meticuloso o ansioso son más vulnerables a desarrollar síntomas de somatización en la infancia. Aquellas personas con antecedentes de ansiedad y labilidad emocional también están en riesgo. Entre los factores precipitantes se incluyen estresores sociales como los comentarios crueles en el ámbito escolar o las relaciones interpersonales. Se demuestra a menudo un vínculo temporal entre estos factores estresantes y el desarrollo de los síntomas. Objetivamente, los factores estresantes pueden no ser particularmente graves, sin embargo, en combinación con un temperamento sensible y ansioso, estos factores estresantes son interpretados de una manera más extrema y son suficientes para precipitar un episodio de enfermedad. Incluso acontecimientos vitales comunes pueden ser precipitantes. Por ejemplo, se han hallado casos en los que preescolares con síntomas somáticos habían experimentado un exceso de acontecimientos vitales comunes (por ejemplo, el nacimiento de un hermano) en comparación con niños sin síntomas somáticos. En algunos casos, la somatización puede aparecer tras una enfermedad física (por ejemplo, una gastroenteritis seguida por dolor abdominal funcional grave, una mononucleosis infecciosa seguida del síndrome de fatiga crónica, una lesión física precediendo a una pérdida de la función de una extremidad en un trastorno de conversión, o un desmayo ocurrido previamente al desarrollo de pseudo convulsiones). Debe tenerse en cuenta también la existencia de otros factores estresantes, como el abuso escolar o el estrés relacionado con el impacto del colegio en el niño. Un abuso anterior puede también predisponer o



precipitar un episodio de enfermedad, aunque este parece ser más un factor de riesgo para los adultos que para los jóvenes. El mantenimiento de los síntomas de somatización puede estar mediado por los rasgos temperamentales del niño (por ejemplo, la sensibilidad o la ansiedad) y por las subsiguientes dificultades del niño para adaptarse a los problemas cotidianos que les corresponden.

### **Factores familiares**

Las familias ansiosas, sobreprotectoras, sobre-involucradas emocionalmente, o con altos niveles de angustia materna pueden predisponer al desarrollo de síntomas de somatización en un niño. En las familias en las que existen problemas de salud, los síntomas médicamente inexplicables del niño pueden reflejar la enfermedad de otro miembro de la familia (por ejemplo, una pérdida de movilidad en un niño cuyo padre ha sufrido una parálisis a raíz de una lesión accidental). Además, la existencia de problemas de salud física, familiares con somatizaciones o comportamientos frecuentes de búsqueda de atención médica dentro de las familias, puede contribuir al desarrollo de los síntomas en el niño, a través de la atención que se le presta a este tipo de comportamiento y a través del modelado.

Las situaciones estresantes crónicas en las familias (por ejemplo, la falta de armonía conyugal o las continuas dificultades escolares) pueden contribuir al mantenimiento o a la recurrencia de síntomas en el niño. La preocupación de los padres por los síntomas del niño y el aumento de la atención sobre esos síntomas, hace difícil el uso de estrategias alternativas como la distracción, y refuerza el comportamiento de somatización del niño. Las creencias familiares pueden estar dominadas por la idea de que existe una causa orgánica subyacente y si las familias no aceptan las explicaciones psicológicas pueden rechazar el tratamiento psicosocial, lo que aumenta la probabilidad de que los síntomas persistan.

La somatización en un niño es probable que afecte al funcionamiento de la unidad familiar, así como la del niño. Por ejemplo, puede hacer que el tiempo de ocio de los padres disminuya, teniendo que faltar al trabajo etc., con las consecuencias económicas. Las familias pueden necesitar reorganizarse en sus actividades diarias para adaptarse al cuidado del niño enfermo, lo que puede aumentar el estrés familiar.

### **Factores ambientales**

Preocupaciones sobre la escuela en cuanto a la presión académica, problemas con los compañeros, la relación con los profesores y, en particular, el acoso escolar, son comunes en niños con síntomas somáticos y pueden ser factores predisponentes o precipitantes. Estos niños, a menudo, son sensibles a las interacciones sociales y tienen altas expectativas educativas. Este estrés puede manifestarse como una incapacidad para el desempeño educativo debido a sus síntomas, y el absentismo escolar los empeora. A menudo, se sienten avergonzados, enfadados e incomprensidos, así como sensibles acerca de las suposiciones de otras personas que creen que están tratando de faltar a la escuela. Estas preocupaciones pueden conducir a un absentismo escolar y, una vez que han dejado de asistir, el niño puede llegar a sufrir ansiedad en el momento de reanudar el colegio, lo cual perpetúa el problema.



El Niño Enfermo. Edvard Munch (1885), Museo Munch, Oslo.

## EVALUACIÓN

Se debe considerar la posibilidad de somatización si:

- Existe una relación temporal entre estresores psicosociales y síntomas físicos.
- La naturaleza, la gravedad de los síntomas o el daño resultante es inconsistente con la fisiopatología.
- Existe un trastorno psiquiátrico simultáneo

El médico de familia o el pediatra es, probablemente, el primer profesional al que acuden la mayoría de los niños. Tras la valoración y exploraciones habituales, con frecuencia el hecho de decirle al niño que no existe un trastorno médico aliviará su preocupación lo suficiente como para que mejore sin necesidad de una intervención mayor. Sin embargo, a veces los síntomas persisten.

Los niños y las familias con síntomas frecuentes, persistentes y con altos niveles de ansiedad pueden ser derivados a servicios especializados. Debido a la naturaleza de estos problemas, la evaluación en esa etapa necesita tener en cuenta tanto los factores físicos y psicosociales que contribuyen a originar el trastorno, como los que lo mantienen. El mejor enfoque es utilizar un marco biopsicosocial, en el que se considere la relativa contribución de los factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales. Sin embargo, si los síntomas persisten incluso después de este nivel de evaluación e intervención, que incluye la orientación de los factores biopsicosociales identificados, o si los síntomas son particularmente graves, o si existe incertidumbre diagnóstica, el niño deberá ser derivado a un servicio de salud

mental.

La derivación a un servicio de salud mental se debe hacer de una manera sensible. Muchos niños y sus familias en estas circunstancias temen que no se les esté tomando en serio, y que la derivación al servicio de salud mental sea debido a que no se cree en la realidad de sus síntomas. Durante la evaluación es extremadamente importante averiguar el punto de vista de los padres y del niño sobre la enfermedad. Muchos padres pueden seguir persiguiendo causas orgánicas, por lo tanto, es importante para hacer frente a los síntomas físicos, averiguar que trastornos médicos han sido excluidos, explorar posibles explicaciones psicológicas, y ser conscientes de la posibilidad de que las causas físicas y psicológicas coexistan. La evaluación psiquiátrica debe incluir la historia del desarrollo y la historia psiquiátrica, un examen del estado mental y funcionamiento familiar. Las evaluaciones psicométricas pueden ser útiles, especialmente para determinar si hay una disparidad entre las expectativas educativas del niño y las habilidades reales. Se necesita una historia escolar detallada, incluyendo los días que se faltaron al colegio debido a los síntomas.

Incluso después de que se haya iniciado la valoración y la intervención por parte de salud mental, muchas familias no son receptivas a las explicaciones psicológicas y pueden querer continuar la búsqueda de nuevas exploraciones. Involucrar a la familia al inicio del proceso de evaluación y trabajar con ellos para conseguir un punto de vista común es vital antes de que se pueda establecer un tratamiento eficaz. Una identificación temprana y precisa, adjudicándoles la denominación de “somatización” puede mejorar el pronóstico, mientras que un mal diagnóstico, o un retraso en este, puede causar un impacto negativo en el pronóstico, en la familia y en la carga social.

### **Características clínicas principales**

Los síntomas somáticos más comunes son el dolor abdominal, el dolor musculoesquelético y la cefalea, pero pueden coexistir múltiples síntomas.

### ***Trastorno por dolor persistente somatomorfo***

Los dolores abdominales, las cefaleas, los dolores articulares y otras molestias pueden constituir un trastorno por dolor persistente somatomorfo cuando este dolor es persistente, intenso, angustiante y se produce en asociación con estresores psicosociales suficientes como para tener una importancia etiológica. Por lo general, el dolor abdominal funcional se presenta como un dolor difuso o intenso en la zona periumbilical. El dolor tiende a empeorar durante el día y no se percibe durante la noche o en las vacaciones escolares. El dolor puede ser acompañado por una alteración del hábito intestinal, vómitos, dolores de cabeza, letargo, y puede aparecer palidez en el niño, lo que reforzaría la creencia de la familia de la existencia de una patología médica.

Los dolores de cabeza se caracterizan con más frecuencia como cefaleas tensionales (dolor frecuente, bilateral, generalmente frontal, como una banda) pero estos, a veces, pueden coexistir con episodios de migraña (caracterizados por dolor periódico, intenso, unilateral, acompañado de aura, náusea y existencia de antecedentes familiares)



Pulsa en la foto para oír a Sofia, de 15 años, describir su síndrome de fatiga crónica. (en inglés)

### ***Síndrome de fatiga crónica o neurastenia***

El síndrome de fatiga crónica se inicia, habitualmente, con una enfermedad aguda similar a la gripe o a la mononucleosis infecciosa. Puede tener un inicio insidioso, gradual, y un curso fluctuante que se caracteriza por la fatiga física y mental y el cansancio tras realizar esfuerzos psíquicos o físicos de poca intensidad. La fatiga no se alivia con el reposo y se asocia con una disminución de la capacidad para hacer frente a las actividades de la vida diaria. Los jóvenes, con frecuencia, suelen quejarse de cefaleas, problemas de sueño, molestias y dolores, falta de concentración, mareos, debilidad física, mal humor y preocupación por el empeoramiento de la salud física y mental. La fatiga es crónica y no se puede explicar por una enfermedad médica, como lo sería la fatiga relacionada con una enfermedad médica concurrente. A menudo existe psicopatología comórbida, particularmente ansiedad y depresión. Por lo general, los familiares solicitan varias opiniones médicas y los niños reciben muchos diagnósticos durante el tiempo de evaluación. El deterioro funcional es a menudo importante, con largos periodos de absentismo escolar y de reposo en cama (Garralda, 1996; Garralda & Chalder, 2005).

### ***Trastornos disociativos (conversivos)***

Estos trastornos implican la pérdida parcial o completa de las sensaciones corporales, de la función motora o pseudoconvulsiones, que son las presentaciones más comunes. Con menor frecuencia los niños pueden presentar pérdida de visión, de audición, de sensaciones táctiles e incluso fuga disociativa y mutismo. Los síntomas son provocados a menudo por un evento traumático y, por lo general, remiten después de unas semanas o meses.

Por otro lado, la *belle indifférence*, que se refiere a la falta de preocupación por los síntomas, no es particularmente común en los niños.

### ***Pseudoconvulsiones***

Las pseudoconvulsiones son crisis convulsivas sin las características típicas de una crisis epiléptica y no van acompañadas de un EEG anormal. Las pseudoconvulsiones se observan en países occidentales y pueden ser típicas en determinadas culturas. En una revisión de 883 pacientes de una clínica pediátrica de epilepsia, el 15% tuvieron eventos paroxísticos no epilépticos. De estos, el 3% de las pseudocrisis fueron en niños de edad preescolar, el 43% en niños de 5-12 años y el 87% en los de 12-18 años de edad. Pseudoconvulsiones y epilepsia pueden coexistir, pero los niños que presentan ambas condiciones representan a una pequeña proporción de los pacientes con epilepsia. Por ejemplo, Kotagal et al (2002) describió que 11 de 746 niños con epilepsia (1,5%) tuvieron crisis psicógenas. Las pseudoconvulsiones pueden ser similares a las crisis epilépticas, lo que conduce a retrasos en el diagnóstico.

### **Diagnóstico diferencial**

Los síntomas que se encuentran en los trastornos somatomorfos, por ejemplo, las quejas físicas y el absentismo escolar, se producen en otros trastornos psiquiátricos, tales como:

- Trastorno de ansiedad por separación, fobia y rechazo a la escuela, así

### **Fuga disociativa**

El estado de fuga es extremadamente infrecuente en la infancia. La fuga disociativa o fuga psicógena es un trastorno excepcional caracterizado por una incapacidad reversible, total o parcial, para evocar la identidad personal y los recuerdos (amnesia). La fuga generalmente se presenta como un viaje no planificado o con la persona vagando fuera de casa. El estado es, por lo general, de corta duración (desde horas a días), pero puede durar meses o incluso más tiempo.

como otros trastornos de ansiedad

- Trastornos de la conducta alimentaria (p.ej. anorexia nerviosa)
- Trastorno depresivo
- Mutismo selectivo
- Enfermedad facticia.

### Comorbilidad

Algunos trastornos psiquiátricos comórbidos pueden preceder a la aparición de síntomas somáticos, pero a menudo se desarrollan durante el curso del trastorno somatomorfo. De los niños que acuden a los servicios médicos, entre un tercio a la mitad tienen un trastorno psiquiátrico comórbido. En el caso de niños con síndrome de fatiga crónica, hasta las tres cuartas partes pueden presentar trastornos comórbidos. La ansiedad y la depresión son las comorbilidades más frecuentes en niños en edad escolar. El trastorno de déficit de atención e hiperactividad y el trastorno oposicionista desafiante son también trastornos comórbidos frecuentes, sobre todo en varones.

El Estudio Psicopatológico de las Etapas del Desarrollo Temprano (Lieb et al, 2000) demostró (a) que los trastornos de conversión se asociaban con trastornos de la conducta alimentaria y (b) que los trastornos por dolor se asociaban con la depresión, el trastorno de pánico y el trastorno de estrés post-traumático en adolescentes mayores y adultos jóvenes. El grado de deterioro aumentaba con el número de trastornos comorbidos.

#### Sarah

Sarah sufrió una pérdida repentina y completa del movimiento de los brazos y las piernas además de cefaleas. Se diagnosticó un trastorno de conversión a pesar de la presencia de un tumor cerebral operable. Todos sus síntomas se resolvieron después de una conjunta intervención médica y de salud mental antes de la cirugía (los cirujanos no estaban dispuestos a operar hasta que todos sus síntomas psicológicos se hubieran resuelto completamente, lo que afortunadamente ocurrió. Esta es la descripción de los padres:

“Nuestra hija se acercaba a los quince años y parecía estar disfrutando de la vida. Tenía un montón de amigos, le iba bien en la escuela y mostraba un intenso y gran entusiasmo por aprender y jugar. Después de unas vacaciones familiares en un país extranjero llegaron las quejas de un fuerte dolor de espalda. Este se transformó en cefaleas intermitentes y una incapacidad para mover los brazos y las piernas. A su ingreso en el hospital estaba claro que algunos de sus síntomas no tenían un origen físico. Esto no significaba que el problema fuera menos real, sino aún más problemático.

Estábamos desconcertados en cuánto a lo que podía estar causando ese comportamiento. No había ninguna causa obvia; un abuelo había muerto, pero unos años atrás y a una edad avanzada, y no había indicios de abuso o trauma. Nos quedaba solo creer que se debía a las preocupaciones propias de la pubertad y la adolescencia, y éstas en general no forman parte del discurso abierto entre padres e hijos. Por lo tanto, estábamos a la orilla de un mar medio olvidado, con apenas el recuerdo de nuestra propia adolescencia, desconocida para nuestra hija, y perdidos en cuanto a cómo podría relacionarse con estos síntomas.

Tenemos que hacer hincapié en que hubo un gran apoyo por parte del equipo médico. Nuestra hija recibió sesiones de fisioterapia, tuvo frecuentes revisiones con el equipo pediátrico y numerosas entrevistas con el psiquiatra infantil. Su vida fue explorada desde una perspectiva psicológica, familiar y social. Finalmente se encontró un evento físico: un tumor cerebral. Este diagnóstico llevo a una rápida reducción de los síntomas. Es posible - o probable - que el diagnóstico de una enfermedad física le diera una forma digna para renunciar a sus síntomas. Lo que es seguro es que sus síntomas sirvieron para un propósito. Realmente, comenzamos este proceso con síntomas sin causa física, y lo acabamos con una causa física pero sin síntomas, una secuencia extraña”.

Este ejemplo ilustra la complejidad de muchos de estos trastornos y el hecho de que un diagnóstico, como el trastorno de conversión, pueda coexistir con una enfermedad física, que no es congruente con los síntomas, y que se identifiquen en la evaluación psiquiátrica factores psicosociales contribuyentes.

**Tabla I.1.4 Escalas de valoración**

Escala de valoración	¿Qué mide?	Comentarios
Child Somatization Inventory	35 síntomas y su gravedad en las 2 semanas previas a la valoración	Identifica síntomas relacionados con trastornos de somatización y su gravedad
Functional Disability Index	Incapacidad funcional para caminar, viajar, hacer tareas diarias, actividades sociales y de ocio, dormir y comer	Evalúa el grado de discapacidad asociado
Chalder Fatigue Self-Report Scale (Chalder et al, 1993)	Características de la fatiga física y mental	Evalúa síntomas de fatiga

Los criterios diagnósticos de trastornos como el síndrome de fatiga crónica, estipulan que la presencia de trastornos mentales como la anorexia nerviosa sean un criterio de exclusión. Sin embargo, los trastornos somatomorfos a menudo coexisten con otros diagnósticos psiquiátricos. El trastorno somatomorfo debe ser el diagnóstico primario cuando:

- Los síntomas físicos son más prominentes que los síntomas emocionales o conductuales.
- Los síntomas físicos son la principal causa de deterioro funcional.
- Se cree sin justificación que existe un trastorno médico y como consecuencia se busca ayuda médica repetidamente.

Los trastornos somatomorfos pueden coexistir también con enfermedades “orgánicas”. Si hay una enfermedad física, es necesario establecer qué síntomas son congruentes con la enfermedad física y cuáles son atribuidos, con mayor probabilidad, a los estresores psicosociales o al trastorno psiquiátrico.

El diagnóstico diferencial, el establecimiento de las comorbilidades y el inicio del manejo puede ser complejo, especialmente en casos donde los síntomas biológicos y psicológicos coexisten, por ejemplo, en un niño con ambas, pseudoconvulsiones y crisis epilépticas.

### Escalas de valoración

Los instrumentos utilizados para medir síntomas físicos y el deterioro funcional son útiles tanto para la evaluación inicial como para monitorizar el progreso. También es útil tener un diario de síntomas, adaptado a la presentación de cada persona. En el diario de síntomas se documenta la gravedad y la frecuencia de los síntomas a lo largo del tiempo y se pueden trazar gráficos para mostrar visualmente al paciente que ha habido una mejoría, incluso antes de que se note subjetivamente. Visualizar esos resultados puede ayudar a mantener el optimismo terapéutico y la motivación. Además, el uso de escalas puede ayudar a un mayor compromiso con el tratamiento y la rehabilitación. Algunas de las escalas se enumeran en la Tabla I.1.4. También puede ser útil medir la ansiedad y síntomas depresivos a través de escalas apropiadas, si estos síntomas están presentes.

## TRATAMIENTO

### Estrategias de manejo general

Después de la evaluación inicial, y una vez que los trastornos físicos y psiquiátricos son abordados o excluidos, se debe planificar el manejo del trastorno somatomorfo. El primer paso es involucrar a la familia. Las siguientes estrategias pueden ser útiles (muchas de estas también habrán sido útiles durante el proceso de evaluación – véase la sección anterior, diagnóstico):

- Hacer un esfuerzo para entender lo que los familiares entienden que causa los problemas, el nivel de convicción de una causa física, la satisfacción con los estudios realizados y con la derivación hacia los servicios de salud mental y el tratamiento.
- No cuestionar la veracidad de los síntomas.
- Reconocer que los pacientes tienen una enfermedad real, que afecta sus vidas y tiene un impacto sobre la familia.
- Buscar explicaciones alternativas para los síntomas.
- Hablar en detalle de cualquier preocupación física que inquiete a la familia y de los resultados de los estudios físicos llevados a cabo.
- Explicar los mecanismos fisiológicos que contribuyen a los síntomas, por ejemplo, las contracturas secundarias a la inmovilización.
- Hacer conscientes a los familiares de la alta prevalencia de síntomas sin explicación médica (2-10%). Esto puede tranquilizar a los padres acerca de la ausencia de una causa.

### Encuadre de intervención

Como ya se mencionó, la evaluación y el tratamiento inicial generalmente se inician en atención primaria, por el médico de familia o el pediatra, y se fomenta desde una etapa temprana el uso de un encuadre biopsicosocial. Cuando los síntomas no responden a este nivel de evaluación e intervención, se debe hacer una derivación al psiquiatra. La derivación al psiquiatra también puede ser útil cuando hay dudas sobre el diagnóstico, cuando existe un trastorno psiquiátrico comórbido y cuando los problemas familiares están afectando a la resolución de los síntomas. Si se recomienda una derivación psiquiátrica, se debe conocer la posición de los familiares ante una evaluación psiquiátrica y dialogar con la familia, para abordar sus preocupaciones antes de la derivación.

### Estrategias de actuación específicas

Los tratamientos específicos pueden implicar una terapia psicológica individual, terapia familiar y coordinación con la escuela y con los servicios sociales. La coordinación de todos los terapeutas y profesionales implicados es vital para asegurar que todos trabajen hacia metas similares. El tratamiento debe conseguir desarrollar un vínculo con el niño, la familia y todos los profesionales implicados, incluidos los profesores, especialmente en casos en los que la asistencia escolar es un problema. Las estrategias específicas variarán dependiendo de la naturaleza exacta del trastorno somatomorfo.

### Intervenciones psicológicas

El tratamiento psicológico específico y la frecuencia de las consultas variarán dependiendo de la naturaleza del trastorno. Las intervenciones pueden



Pulsa en la imagen para ver una corta presentación sobre pseudo-convulsiones o convulsiones psicógenas no epilépticas (3:53) (en inglés)

**Tabla I.1.5 Elementos de la intervención cognitivo-conductual familiar**

- Hablar de las investigaciones y de los fundamentos para el manejo del dolor
- Fomentar el autocontrol del dolor
- Reforzar el buen comportamiento
- Desarrollar habilidades de afrontamiento saludables: relajación, dialogo interno positivo, distracción, imágenes positivas
- Enseñar habilidades para resolver problemas
- Fomentar la participación en las actividades cotidianas
- Reducir la atención de los padres en relación a los síntomas físicos.

ser realizadas por los médicos de atención primaria, pediatras, psiquiatras u otros profesionales de salud mental. Sin embargo, ciertas características son comunes a todos, la mayoría involucrará lo siguiente:

- Énfasis en la reducción de la discapacidad.
- Técnicas de motivación adaptadas para estimular a los niños ambivalentes.
- Colaborativamente encontrar una manera de mejorar los síntomas que es aceptable para el niño.
- El uso de diarios para monitorizar las variaciones de los síntomas, el deterioro y el progreso. Esto puede ayudar al paciente y a su familia a comprometerse más con el tratamiento.
- Reconocer que la rehabilitación puede empeorar los síntomas inicialmente y abordar las preocupaciones en torno a esto.
- Desarrollar técnicas para hacer frente a los síntomas y trastornos específicos (por ejemplo, la distracción, la relajación muscular para los dolores de cabeza, ejercicio físico gradual para los problemas musculares y la fatiga, la gestión práctica de las pseudoconvulsiones...)
- Activamente desarrollar estrategias y actitudes centradas en los problemas para enfrentarse al ellos.
- Un programa de rehabilitación gradual basado en objetivos alcanzables, coherentes y convenientes.
- Exploración de la expectativa sobre objetivos finales, ya que pueden ser poco realistas.
- Higiene del sueño y consejos dietéticos.
- Intervenciones psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual para los trastornos emocionales comórbidos.
- Cambiar gradualmente la carga de responsabilidad del médico hacia los padres y el paciente.
- Usar la terapia familiar para hacer frente a los factores familiares que puedan estar contribuyendo a los síntomas o interfiriendo en su resolución.

### ***Trabajo familiar***

Es vital involucrar a las familias para facilitar un plan de tratamiento efectivo. Por lo tanto, las familias necesitan que sus preocupaciones sean discutidas en todo momento. La familia juega un papel clave en ayudar al niño a aprender nuevas estrategias de afrontamiento y a reducir los comportamientos que puedan reforzar



Pulsa en la imagen para escuchar acerca del manejo del dolor abdominal recurrente. Destaca la importancia de la coordinación escolar en el tratamiento (8:30 min.)



los síntomas. La psicopatología de los padres, la disfunción familiar y el estrés de la familia, que pueden contribuir al mantenimiento de las dificultades del niño, deben ser abordados con la terapia familiar. Algunas cuestiones de la familia pueden no ser evidentes inicialmente, por lo que se requiere revisiones periódicas y añadir más intervenciones cuando sea necesario. La terapia familiar cognitivo- conductual ha demostrado ser efectiva en los niños con dolor abdominal recurrente.

### Medicación

No existe ningún fármaco específicamente autorizado para su uso en los trastornos somatomorfos, aunque medicación podría estar indicada para el tratamiento de algunos trastornos comórbidos. Por ejemplo, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, especialmente la fluoxetina (Campo et al, 2004), pueden ser útiles si existe depresión o ansiedad asociada, lo que es

#### Janine

Janine, una niña de 10 años de edad, fue remitida con historia de un año de consultas semanales a urgencias por múltiples dolores en todas las articulaciones. A pesar de extensos estudios, incluyendo rayos X y resonancia magnética, no se había identificado ninguna patología “orgánica”. Janine había estado inmovilizada con yesos y en una silla de ruedas en cinco ocasiones, a pesar de no haberse identificado fracturas. En consecuencia, había perdido muchos días de colegio. En la visita psiquiátrica inicial Janine estaba extremadamente angustiada por:

- Dolores severos en todo su cuerpo (dándole al dolor una puntuación de 9 sobre 10)
- Acoso escolar durante un año (mencionado por primera vez durante la evaluación)
- Aumento de peso
- Una profunda tristeza por la muerte de su abuelo tres años atrás (“es como si hubiera sucedido ayer”).

Como resultado de sus dolores y molestias Janine había faltado mucho a la escuela. Su madre creía que Janine tenía una enfermedad física, aún no identificada, y estaba descontenta por ser remitida al psiquiatra. Tanto Janine como su madre reconocieron no tener mucha comunicación: “hablar empeora las cosas”. Por lo tanto, Janine había guardado silencio acerca del acoso escolar y sobre sus sentimientos acerca de la muerte de su abuelo. Su madre trató su estrés “enterrando la cabeza en la arena” y bebiendo alcohol (siguiendo el ejemplo de algunos de sus parientes).

El psiquiatra infantil supo que una variedad de personas iban a contribuir en el cuidado de Janine, y lo tuvo en cuenta. Además del médico de familia que la había derivado, el personal de la escuela, los profesionales del servicio de emergencias y el fisioterapeuta hicieron todo lo necesario para trabajar coordinadamente con Janine y su familia. A pesar de que la familia creyera que Janine estaba sufriendo una enfermedad física aún por descubrir, el psiquiatra infantil y las otras personas involucradas en el cuidado

de Janine, trabajaron usando un modelo que incorpora factores psicológicos, biológicos, familiares y sociales. Se le ofreció a Janine sesiones de terapia individuales usando técnicas cognitivo-conductuales, así como técnicas que facilitaban la expresión emocional (como escribir una carta a su abuelo fallecido), le ayudaron a desarrollar un diálogo interno positivo, buscaron explicaciones alternativas para su dolor, trabajaron en el manejo de la ira, habilidades para resolver problemas, ejercicios de relajación y distracción en los momentos de dolor. Junto a esto, se tuvieron sesiones familiares para alentar a la madre de Janine a reforzar la buena conducta, invertir tiempo ayudando a Janine a lidiar con el estrés, resolver los problemas con Janine, tener conversaciones con su hija en temas aparte del dolor y evaluar la gravedad de los síntomas.

Poco después de la primera sesión cesaron las visitas semanales al servicio de urgencias. Por lo tanto, el uso innecesario de medicamentos y procedimientos terminó. Cuando se le preguntó a Janine lo que había cambiado desde el inicio del tratamiento, ella contestó que había adquirido un lenguaje emocional, tenía confianza en hablar con la gente sobre sus temores acerca del acoso escolar y sabía que hablar era útil, ya que así sus dolores y molestias habían mejorado. Escribir una carta a su difunto abuelo como si aún estuviera vivo, hablándole de lo mucho que había significado para ella, le ayudó a superar el duelo. Dijo que sus molestias y dolores mejoraron porque “hacia actividades más a menudo”. Era capaz de seguir adelante “a pesar del dolor” y empezó a disfrutar de la actividad física de nuevo, ayudada por el uso de las técnicas de distracción y relajación que había aprendido. Dijo que estaba aceptando “un poco de dolor”, que desaparecía al realizar los ejercicios. La madre de Janine añadió que el ejercicio había mantenido sus articulaciones funcionando a pesar de que le dolía. También la madre relató cómo habían apagado la televisión y empezado a hablar y jugar juntas.

muy frecuente, y puede hacer que facilite implementar el proceso de rehabilitación en algunos niños. Algunos estudios demuestran que el citalopram puede estar especialmente indicado en casos de dolor abdominal recurrente con trastornos del humor o de ansiedad comórbidos (Campo et al, 2004). También existen publicaciones que apoyan el uso de duloxetine en niños con depresión, dolor y síntomas disociativos, como tratamiento del dolor crónico pediátrico con depresión comórbida y en adolescentes con trastornos somatomorfos (García-Martín et al, 2008).

En algunos casos puede ser necesario añadir tratamiento con benzodiazepinas, para reducir la ansiedad asociada al síntoma, el dolor debido a contracturas musculares reactivas o para resolver dificultades de sueño, siendo conscientes de los problemas que estas medicaciones pueden causar, especialmente en los niños.

El uso de analgésicos debe individualizarse a cada caso. La mayoría de los pacientes con dolor crónico tendrán la experiencia de que los analgésicos no son efectivos. Otros incluso pueden estar en tratamiento con analgésicos mayores, como opiáceos. Se puede valorar la posibilidad de trabajar de forma conjunta con unidades del dolor.

### **Coordinación escolar**

Es importante tener una estrecha coordinación escolar para reducir el estrés relacionado con el colegio y para hacer frente al conflicto entre el niño, la familia y los profesores. Una adaptación del programa escolar es útil para ayudar al niño a hacer frente a sus síntomas dentro de la escuela (por ejemplo, una reducción del horario). En el caso de las pseudoconvulsiones, debe instituirse un plan de actuación claro, que incluya formas de reducir su impacto dramático en la escuela. En situaciones graves en las que el absentismo escolar haya sido importante, se debe organizar una reintegración gradual del niño, considerando el ingreso en una unidad pediátrica o psiquiátrica con oferta educativa.

### **Hospitalización**

Se debe considerar la posibilidad de hospitalización si:

- El niño está gravemente deteriorado
- Se necesita observación (por ejemplo, en caso de convulsiones)
- Existe psicopatología asociada significativa
- El tratamiento ambulatorio no ha tenido éxito

La hospitalización puede ayudar a romper el ciclo de excesiva ansiedad y dependencia del niño hacia los padres, y así centrar más la atención en la rehabilitación. Las intervenciones específicas para pacientes hospitalizados, a través de un enfoque multidisciplinario, pueden incluir fisioterapia, consejo nutricional, terapia ocupacional, terapia psicológica más intensa e intervención familiar.

A los pacientes se les puede ingresar en servicios de pediatría o psiquiatría, dependiendo de cada caso, de la edad, la contribución de la familia a los síntomas, etc. Los servicios conjuntos de pediatría y psiquiatría son muy raros, así que la admisión es habitualmente a una sala pediátrica o psiquiátrica. Los familiares pueden ser reacios a permitir la admisión en psiquiatría, por lo que es importante

### **Kofi**

Kofi es un niño de 8 años en una familia nigeriana que presentaba movimientos anormales que afectaban a todos sus miembros. A la vez, de manera repentina dejaba de responder a preguntas, hacía ruidos aterrados, a veces miraba a su familia de una manera asustada e incluso, en ocasiones, atacaba a su familia. Los movimientos anormales y los comportamientos asociados duraban alrededor de unos 20 minutos. Como antecedentes, su abuela materna padeció convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

La familia estaba preocupada por si Kofi pudiera sufrir de epilepsia, pero igualmente estaban preocupados por si el comportamiento perturbado de Kofi fuera el resultado de estar poseído por espíritus malignos. Su familia relató que Kofi fue maldecido después de que un anciano le “hubiera dado mal de ojo”. Estaban dispuestos a consultar con un sacerdote para realizar un exorcismo.

Los estresores psicosociales incluían dificultades económicas, problemas domésticos, la separación de los padres, dificultades en las relaciones con compañeros en la escuela, la falta de asistencia al colegio y la aparición de síntomas de ansiedad en Kofi.

Las dificultades de Kofi se resolvieron con intervenciones que involucraron a la familia, estudios médicos para excluir convulsiones (incluyendo EEG), ayuda doméstica y apoyo financiero, contacto con el sacerdote para garantizar que los rituales religiosos no dañaran al niño y, por último, reuniones con el colegio para apoyar la asistencia de Kofi y su reintegración con sus compañeros

hablar de que les preocupa y de las actitudes que permitirían instituir la mejor atención posible.

### **Coordinación con los servicios sociales**

Piensa siempre en la posibilidad de abuso y como asegurar que los niños estén seguros. En raros casos, el trastorno somatomorfo es la expresión de una disfunción familiar grave o de abuso infantil. La estrecha cooperación y comunicación entre todos los profesionales involucrados es esencial para evitar transmitir diferentes opiniones al paciente y a la familia. Si las familias no están dispuestas a participar en ningún tipo de tratamiento, los médicos deberían considerar si sería beneficioso tratar al niño separado de la familia. Este es un tema difícil de evaluar y que requiere una estrecha colaboración entre los médicos y el personal dedicado a protección de la infancia.

### **Grupos de apoyo de pacientes**

Pueden ser una fuente útil de apoyo a las familias. Sin embargo, algunos grupos pueden tener opiniones contradictorias, que son inútiles si socavan el tratamiento.

### **Efectividad del tratamiento**

El número de estudios que examinan la eficacia del tratamiento en los trastornos somatomorfos es limitado. Descripciones de casos proporcionan apoyo anecdótico sobre los efectos beneficiosos de los enfoques descritos en este capítulo. Los pacientes y sus familias aprecian mucho que se les ayude a entender los vínculos entre el dolor psicológico y físico. Esto es crucial para aliviar el dolor y ayudar a los pacientes a tolerarlo. Por ejemplo, las intervenciones cognitivo-conductuales familiares para el dolor abdominal inexplicable son las más efectivas. Un estudio mostró que, en comparación con la atención médica estándar, una intervención cognitivo-conductual familiar logró una mayor reducción del dolor,

### Saira

Saira era una niña de 12 años de edad de origen pakistaní que había sido diagnosticada de epilepsia a la edad de cinco años. Había sido tratada con fármacos antiepilépticos y había estado libre de crisis durante cuatro años. Saira se presentó en la clínica local ambulatoria por una recurrencia de las crisis. Sus crisis anteriores habían sido convulsiones de tipo gran mal, que sucedían principalmente durante la noche, acompañadas de incontinencia urinaria. Sus episodios actuales no eran compatibles con la epilepsia, se estaban produciendo durante el día y eran prolongadas, con una duración media de una hora.

Se identificó un factor estresante: la familia había decidido que, como Saira había completado su educación primaria no había necesidad de que continuara con sus estudios, así que se quedaría en casa para cuidar de su hermano más pequeño para que su madre pudiera volver a cuidar del ganado familiar. Una cosecha pobre supondría problemas económicos para la familia.

El tratamiento consistió en: psicoeducación para Saira y su familia, destacando la estrecha relación entre el cuerpo y la mente, y la co-ocurrencia de síntomas físicos con tensiones psicológicas. En las citas individuales, y más tarde en las reuniones familiares, Saira fue capaz de hablar de su angustia ante el plan propuesto para ella, que daría lugar a la pérdida de sus amistades en la escuela, así como las relaciones positivas que tenía con sus maestros. A pesar de que las consideraciones económicas significaban que no se podía hacer ningún cambio inmediato con respecto al plan de tratamiento, la familia estuvo de acuerdo en tratar de apoyar a Saira para que pudiese continuar su educación una vez que las presiones económicas hubieran disminuido y en ayudarla a mantener contacto con sus amigas. Las convulsiones de Saira cesaron poco después.

tasas de recaídas más bajas y una menor interferencia con las actividades diarias, así como más satisfacción de los padres (Robins et al, 2005). En el síndrome de fatiga crónica varios ensayos controlados en adultos han demostrado que la terapia cognitivo-conductual y la terapia de ejercicio gradual son beneficiosas (Whiting et al, 2001), que es prometedor.

El caso de Janine destaca muchas de las características de la evaluación y la intervención que se describen en este capítulo. Además, este caso muestra que, al considerar la derivación psiquiátrica, es importante tener en cuenta que la familia puede sentirse “enviada, y no usuaria de la terapia” (De Shazer, 1985; Iveson, 2002).

La familia puede asistir a la consulta del psiquiatra solo porque su pediatra les pide que lo haga, en lugar de creer que acudir sea lo correcto, provocando sentimientos de rechazo y hostilidad hacia el médico que solicita que el niño sea visto por un profesional de la salud mental. En relación con la intervención, este caso ilustra que el tratamiento no sólo ayuda a los niños y a sus padres a controlar mejor los síntomas, sino también a comunicar más eficazmente sobre temas psicológicos.

## PRONÓSTICO

Los síntomas físicos recurrentes en la infancia se han relacionado con la psicopatología en la edad adulta y con una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos. Afortunadamente, la mayoría de los niños con trastornos somatomorfos vistos en los servicios especializados se recuperan en un corto plazo. Sin embargo, los síntomas pueden persistir en algunos pacientes, que posteriormente pueden desarrollar otros trastornos psiquiátricos (por ejemplo: trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de ansiedad...). En una pequeña proporción, los síntomas continúan en la edad adulta.

La mayoría de los jóvenes con síndrome de fatiga crónica, incluso aquellos con una afectación notablemente marcada, con el tiempo consiguen una recuperación completa o mejoran lo suficiente como para llevar una vida normal (Rangel et al, 2000). No obstante, el absentismo escolar puede durar más de un año y, en algunos casos, puede prolongarse más de tres hasta lograr una recuperación total. Además, existen indicios de que estos pacientes tienen un mayor riesgo de desarrollar otros trastornos psiquiátricos después de recuperarse (Garralda & Chalder, 2005).

Del mismo modo, un estudio sobre el trastorno de conversión en la infancia mostró que, a pesar de que el 85% se había recuperado, un tercio presentó un trastorno depresivo o de ansiedad durante los cuatro años siguientes (Pehlivanurk y Unal, 2002).

Indicadores de resultado favorable incluyen:

- Precipitantes médicos específicos
- Personalidad premórbida bien ajustada
- Buena adaptación psiquiátrica de los padres
- Circunstancias sociales favorables

## PREVENCIÓN

Los trastornos somatomorfos en la infancia están asociados a antecedentes de síntomas somáticos en la familia y al absentismo escolar. Una tendencia a la somatización se puede observar en niños a partir de la edad preescolar y durante toda la infancia, en la adolescencia y en la edad adulta. Por lo tanto, la identificación de las familias en las que los padres tienen altos niveles de síntomas somáticos, así como en los niños, y la identificación de aquellos niños con frecuentes faltas al colegio pueden proporcionar una oportunidad para la intervención temprana. Esto podría hacerse a través de:

- Los médicos de atención primaria: identificando a padres que asisten regularmente con quejas somáticas y proporcionando orientación con respecto a las estrategias para hacer frente a sus propios síntomas y a los síntomas somáticos de sus hijos (por ejemplo, técnicas de distracción)
- La coordinación entre profesores y profesionales médicos: identificando a niños que faltan mucho al colegio debido a síntomas físicos, y apoyándolos en el desarrollo de estrategias de afrontamiento para que controlen las situaciones difíciles. Se puede ayudar a prevenir las recaídas en los niños con síntomas establecidos, abordando las vulnerabilidades de la personalidad y expectativas académicas y conductuales excesivas.

## PERSPECTIVAS INTERCULTURALES

Tradicionalmente se pensaba que la somatización se producía, principalmente, en países no occidentales. Sin embargo, las investigaciones más recientes lo han descrito como un fenómeno universal. Un estudio de la OMS analizó diferentes presentaciones de somatización en atención primaria en 14 países (Turquía, Grecia, Alemania, Países Bajos, Italia, India, Nigeria, China, Japón, Francia, Brasil, Chile, Reino Unido y Estados Unidos) demostrando que los síntomas de somatización eran frecuentes en todos estos países y estaban asociados con trastornos comórbidos

de depresión y ansiedad (Gureje et al, 1997).

Una perspectiva intercultural es particularmente importante en la evaluación de la somatización en términos de cómo los síntomas son entendidos por las familias en el contexto de sus creencias culturales:

- Cefaleas, dolores musculoesqueléticos y dolores abdominales son los síntomas más comunes de los trastornos somatomorfos en general, pero, a su vez, existen síntomas específicos de cada cultura o de cada área geográfica. Por ejemplo, “adormecimiento” y “sensaciones de calor” en África, “quemazón” en manos y pies en la India y “fatiga” en los países occidentales.
- Conocer la influencia cultural sobre cómo se entienden o describen los síntomas es importante; algunos síntomas pueden ser parte de la expresión de actividades culturales o religiosas en algunas sociedades, por lo que pueden ser interpretados como una señal espiritual o de otro proceso no médico. Esto puede dar lugar a que familias busquen la ayuda de profesionales de medicina alternativa o curanderos, en lugar de recurrir a los médicos. Cuando se solicita ayuda médica, estos pacientes son más propensos a desvincularse con un enfoque médico tradicional.

Es importante abordar las actitudes y creencias de la familia acerca de los síntomas dentro del contexto cultural, averiguar que intervenciones han sido usadas, incluyendo las intervenciones específicas de la cultura, pasar tiempo discutiendo explicaciones alternativas y participar en el proceso de tratamiento. El caso de Kofi es un ejemplo.

A pesar de las diferencias culturales en la interpretación de los síntomas, los tipos de estresores etiológicos son comparables entre culturas (por ejemplo: estreses diarios en la escuela, como el acoso escolar, o estresores familiares cotidianos, tales como los problemas financieros); véase el caso de Saira.

### **Barreras a la implementación de la medicina basada en la evidencia en los países de bajos ingresos y su relación con los trastornos somatomorfos**

En los países de bajos ingresos existe una serie de barreras para la implementación de la práctica basada en la evidencia para los problemas de salud mental en niños y adolescentes (Knapp et al, 2006; Keiling et al, 2011), relevantes para la gestión de los trastornos somatomorfos. Los países de bajos ingresos destinan una proporción de su producto interior bruto a la salud, pero ya que este es bajo, los recursos asignados son, también, considerablemente menores que los que se necesitan. Hay además pocos fondos gubernamental para la regulación profesional, permitiendo que los profesionales médicos ofrezcan tratamientos con evidencia limitada, sin temor a la pérdida de su registro. Debido a la falta de un sistema integral de atención médica libre, los pacientes y las familias tienen que autofinanciar su cuidado. La pobreza y la falta de conocimiento los hacen vulnerables a los proveedores no regularizados.

La fuga de cerebros de médicos y enfermeros, de los países de bajos ingresos a los de altos ingresos, ha contribuido a que los recursos humanos sean insuficientes para satisfacer las necesidades locales. Los profesionales que se quedan a menudo no están entrenados para realizar auditorías dirigidas a mejorar la atención o en la evaluación crítica de la evidencia disponible. Además, los países de bajos ingresos a

menudo no poseen un sistema de atención primaria bien desarrollado y completo, y hay poca integración de la salud mental en la atención primaria, lo que lleva a la fragmentación.

En relación directa con los trastornos somatomorfos, hay una escasez de profesionales capacitados para satisfacer las necesidades de salud mental de niños y adolescentes; barreras a la atención incluyen mala identificación y falta de personal especializado. Por lo tanto, es necesario centrar la atención en la formación y supervisión de los profesionales que suelen ser la primera parada obligada para las familias, como los médicos de atención primaria y los pediatras.

## CONCLUSIONES

Los síntomas físicos inexplicables y recurrentes son comunes en niños y adolescentes. Los síntomas graves, dañinos, relacionados con factores psicológicos que resultan en un comportamiento frecuente de búsqueda de ayuda médica constituyen la base de los trastornos somatomorfos. En estos casos, las familias tienden a atribuir los síntomas somáticos a una patología física subyacente a pesar de la ausencia de evidencia médica para ello. En algunas culturas las familias pueden explicar los síntomas físicos con argumentos religiosos o culturales.

Comorbilidades psiquiátricas existen frecuentemente; esto, junto con los rasgos de personalidad del niño, los problemas de salud de la familia, la respuesta de la familia a los síntomas y los problemas en la comunicación efectiva sobre temas cargados de emociones, puede contribuir al mantenimiento del trastorno.

Los exámenes médicos, el reconocimiento de las actitudes de los padres y los niños hacia los síntomas y las estrategias de gestión para ayudar a reducir el deterioro son fundamentales para un tratamiento eficaz y requiere tratar los trastornos comorbidos y la institución de un programa de rehabilitación del niño y su familia.

La terapia cognitivo-conductual familiar tiene la mejor evidencia de eficacia. Sin embargo, ayudar a las familias a comunicar y a gestionar los factores estresantes del niño suele ser clínicamente eficaz. Es importante involucrar a las familias en cada paso de la evaluación y del tratamiento y esto ayuda a la recuperación.

La ausencia de servicios de salud mental pediátrica puede impedir este trabajo en países en desarrollo con bajos niveles de inversión en la salud mental infantil, pero la psicoeducación de los profesionales de atención primaria y los educadores puede ser un medio eficaz para la prevención y el manejo de estos trastornos en diferentes países y culturas.

---

## REFERENCIAS

- Apley J. (1975) *The Child with Abdominal Pains*, 2<sup>nd</sup> edition. Oxford: Blackwell Scientific.
- Chalder T, Goodman R, Hotopf M et al (2003). The epidemiology of chronic fatigue syndrome and self reported ME in 5-15 year olds: A cross sectional study. *British Medical Journal*, 327:654-655.
- Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T et al (1993). Development of a fatigue scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 37:147-153.
- De Shazer S (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York, NY: Norton.
- Domenech-Llaberia E, Jané C, Canals J et al (2004). Parental reports of somatic symptoms in preschool children: prevalence and associations in a Spanish sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43:598-604.
- Garralda ME (1996). Somatisation in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 37:13-33.
- Garralda ME (2005). Functional somatic symptoms and somatoform disorders in children. In Gillberg C, Harrington R, Steinhausen HC (eds), *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, pp246-268.
- Garralda ME, Chalder T (2005). Chronic fatigue syndrome in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46:1143-1151.
- Gledhill J, Garralda ME (2009). The relationship between physical and mental health in children and adolescents. In Gelder MG, Andreassen NC, Lopez-Ibor JJ et al (eds), *New Oxford Textbook of Psychiatry* 2<sup>nd</sup> Edition. Oxford: Oxford University Press, pp1740-1746.
- Gureje O, Simon GE, Ustun TU et al (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154:989-995.
- Iveson C (2002). Solution-focused brief therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8:149-156.
- Jordan KM, Ayers PM, Jahn SC et al (2000). Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome-like illness in children and adolescents. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 6:3-21.
- Knapp M, Funk M, Curran C et al (2006). *Economic barriers to better mental health practice and policy. Health Policy & Planning*, 21:157-170.
- Keiling C, Baker-Henningham H, Belfer M et al (2011). Child and adolescent health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378:1515-1525.
- Kotagal P, Cota M, Wyllye E et al (2002). Paroxysmal non epileptic events in children and adolescents. *Pediatrics*, 110:e46.
- Kozłowska K, Nunn KP, Rose D et al (2007). Conversion disorder in Australian pediatric practice. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46:68-75.
- Lieb R, Pfister H, Mastaler M et al (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults. Prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101:194-208.
- Pehlivanurk B, Unal F (2002). Conversion disorder in children and adolescents. A 4 year follow up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 52:187-191.
- Rangel LA, Garralda ME, Levin M et al (2000). The course of chronic fatigue syndrome. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93:129-134.
- Robins PM, Smith SM, Glutting JJ et al (2005). A randomised controlled trial of a cognitive-behavioural family intervention for pediatric recurrent abdominal pain. *Journal of Paediatric Psychology*, 30:397-408
- Whiting P, Bagnall AM, Sowden A J et al (2001). Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 286:1360-1368.
-