

M. R. Pérez Moreno ¹ 
I. M. Alonso González ² 
S. Gómez-Vallejo ³ 
D. M. Moreno Pardillo ⁴ 

1. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Unidad de niños y adolescentes. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.
2. Centro de Salud Mental de Argüelles. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.
3. Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic, Barcelona, España.
4. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Universitario Sureste/ Hospital General Universitario Gregorio Marañón, IiSGM, School of Medicine, Universidad Complutense, CIBERSAM, Madrid, España.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

M. Rosario Pérez Moreno
Correo electrónico: mperezmoreno@salud.madrid.org

Trastornos somatomorfos y síntomas somáticos funcionales en niños y adolescentes

Somatoform Disorders and Functional Somatic Symptoms in Children and Adolescents

RESUMEN

Introducción: La característica principal de un Trastorno somatomorfo es la presentación sintomática sugerente de una enfermedad médica, sin constatar esa enfermedad médica o sin que dicha enfermedad explique completamente el nivel de disfuncionalidad alcanzado. **Objetivos:** Actualizar los aspectos relacionados con la evaluación, epidemiología, clínica, diagnóstico y tratamiento de Trastornos somatomorfos y Síntomas somáticos funcionales en niños y adolescentes. **Material y métodos:** Se revisan los cambios en la terminología y la categorización de estos trastornos en los manuales de clasificaciones diagnósticas actuales. Se realiza una revisión bibliográfica de los últimos 10 años de Trastornos somatomorfos y Síntomas somáticos funcionales en niños y adolescentes. **Conclusiones:** Una evaluación biopsicosocial permite un preciso diagnóstico diferencial, inicialmente en el ámbito de Atención Primaria y después, si es preciso, en equipos de Salud Mental ambulatorios o de Psiquiatría infantil de enlace. En el manejo clínico es fundamental una buena alianza terapéutica para

ABSTRACT

Introduction: The principal feature of a Somatoform disorder is the presentation of symptoms that can indicate a somatic illness, without pathologic findings or without a complete correlation between the somatic disease and the the level of disfunction acquired. **Objectives:** To update aspects related to evaluation, epidemiology, clinical presentation, diagnostic and treatment of Somatoform disorders and Functional somatic symptoms in children and adolescents. **Material and methods:** We review the changes in terminology and the categorization of these disorders in the diagnostic classification manuals that we use at present. We performed a literature search of the last ten years of Somatoform disorders and Functional somatic symptoms in children and adolescents. **Conclusions:** A biopsychosocial evaluation will let us make an accurate diferencial diagnosis, usually in primary care clinics in the first place; and only if required, in mental health clinics or child psychiatric liaison teams. For the clinical management, engaging the patient and the family

conseguir la aceptación por parte del paciente y la familia de la formulación biopsicosocial. Existen evidencias de que el tratamiento rehabilitador y las terapias cognitivo-conductuales individuales y familiares son efectivas en este tipo de trastornos.

Palabras clave: Trastorno somatomorfo, síntomas somáticos funcionales, trastorno de somatización, psiquiatría de niños y adolescentes.

is essential in order to ensure their acceptance of a biopsychosocial formulation. There are evidences that rehabilitation treatment and individual or family cognitive behavioral therapies are effective in these kind of disorders.

Keywords: Somatoform disorder, functional somatic symptoms, somatization disorder, child and adolescent psychiatry.

INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos de la Psiquiatría de enlace e interconsulta es identificar y diagnosticar aquellas enfermedades psiquiátricas que se presentan con síntomas somáticos con la apariencia de otra enfermedad orgánica. Los síntomas pueden ser muy diversos y afectar a la práctica totalidad de los órganos y sistemas del individuo: algias de diversa localización, síntomas gastrointestinales, dermatológicos, etc, y con frecuencia sitúan a la medicina y a una de sus especialidades, la psiquiatría, ante auténticos retos diagnósticos (1).

Llamamos somatización a la tendencia a experimentar y comunicar malestar y síntomas somáticos sin hallazgos patológicos objetivables (2). Sin embargo, hay que tener en cuenta que la somatización puede coexistir con otra enfermedad de tipo somático y, en estos casos lo que encontraremos es que las quejas somáticas resultan en una disfuncionalidad excesiva para lo que sería esperable por los hallazgos de dicha enfermedad somática (3). Por eso, la característica principal de un Trastorno somatomorfo es la presentación sintomática sugerente de una enfermedad médica, sin constatar esa enfermedad médica o sin que dicha enfermedad explique completamente el nivel de disfuncionalidad alcanzado en el paciente. Estos síntomas son espontáneos y no provocados voluntariamente (lo que los distingue de la Simulación y Trastornos Facticios) y no se explican mejor por otro trastorno mental (como depresión o ansiedad) (3).

En general en la literatura se usa una gran variedad de términos que hacen referencia a los

cuadros clínicos con síntomas físicos en la ausencia de clara patología somática “somatización”, “funcional”, “psicosomático”, “síntomas somáticos médicamente inexplicados”. De todos estos términos, el de “Síntomas Somáticos Funcionales” (SSF) se considera más aceptable que el resto y es usado de manera general. Los SSF constituyen la característica principal de los Trastornos somatomorfos.

Dada la gran variedad de manifestaciones clínicas y las particularidades propias de niños y adolescentes, hemos realizado una revisión sobre este tema centrándonos específicamente en la población infantojuvenil.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO

La posibilidad de mostrar el malestar psicológico a través de síntomas somáticos cobra especial relevancia en la población pediátrica ya que para algunos autores la somatización se presenta de manera universal en niños pequeños que no han desarrollado sus habilidades cognitivas y lingüísticas necesarias para comprender y expresar sus sentimientos (3).

Las quejas somáticas médicamente inexplicadas son muy frecuentes en las consultas pediátricas. Estos pacientes pueden suponer un alto coste para el sistema por el gran consumo de recursos, frecuentes hospitalizaciones, alto número de consultas especializadas, estudios médicos y tratamientos innecesarios. Además, suponen un factor de riesgo para comorbilidad psiquiátrica, conflicto familiar, problemas escolares y sociales, sobre todo en edades adolescentes si son persistentes (4) (5) (6). Tener conocimientos para una valoración y manejo clínico

adecuados va a ser fundamental, muchas veces evitando evaluaciones médicas innecesarias y la iatrogenia derivada de las mismas, para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

En este trabajo hemos querido revisar la literatura reciente sobre este grupo de patologías en población infantil y adolescente con el objetivo de actualizar y profundizar en aspectos relacionados con la evaluación, epidemiología, clínica, diagnóstico y tratamiento en estas edades tanto en el ámbito de Atención Primaria como en el ámbito de Salud Mental. Excluiremos de esta revisión la Hipocondría por haber sido abordada en artículo previo publicado por las mismas autoras (7).

MÉTODOS

Se han revisado los cambios en la terminología y la categorización de estos trastornos en las clasificaciones diagnósticas actuales. Se ha realizado una búsqueda comprensiva de los artículos que han estudiado los Trastornos somatomorfos y Síntomas somáticos funcionales en los últimos 10 años principalmente, incluyendo tanto revisiones como estudios prospectivos y retrospectivos, así como casos clínicos. También se han consultado manuales de Psiquiatría infantil o capítulos de libros que abordaran específicamente las patologías en estas edades.

La búsqueda se ha llevado a cabo entre diciembre de 2019 y mayo de 2020 en PubMed con los siguientes términos: “functional somatic symptoms”[All Fields] AND (“children”[All Fields] OR “adolescents”[All Fields]) y “somatoform disorders”[All Fields] AND “children”[All Fields] AND “adolescents”[All Fields]. Los filtros aplicados son los de los últimos 10 años, idiomas inglés o español y población de niños y adolescentes (0 a 18).

CLASIFICACIÓN

En la CIE-10 (8) se definen los Trastornos Somatomorfos como la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de estudios médicos, a pesar de repetidos resultados negativos y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una

justificación somática. En los que puedan estar presentes trastornos orgánicos, éstos no explican la naturaleza e intensidad de los síntomas, ni el malestar y la preocupación que manifiesta el enfermo. Este suele resistirse a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico incluso siendo evidente la existencia de factores de estrés psicosocial asociados con el inicio o empeoramiento de los síntomas y/o estando presentes síntomas depresivos y ansiosos. La CIE-10 contempla diferentes subtipos de Trastornos somatomorfos (Tabla 1).

Tabla 1. CIE 10 (F45). Trastornos somatomorfos

Trastorno de somatización
Trastorno somatomorfo indiferenciado
Trastorno hipocondriaco
Disfunción autonómica somatomorfa
Trastorno por dolor somatomorfo persistente
Otros trastornos somatomorfos

En el DSM-5 (9) se ha producido un cambio, con respecto a la edición anterior, en la conceptualización y categorización de este tipo de trastornos. El DSM-IV que incluía el concepto de “Trastornos somatomorfos” como múltiples síntomas sin explicación médica, ha dado lugar en el DSM-5 al actual diagnóstico de “Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados” (Tabla 2 y 3). El nuevo diagnóstico permite no excluir a pacientes con enfermedad somática diagnosticada. Aunque una de las motivaciones para incluir este nuevo término tiene que ver con dejar de lado el dualismo mente-cuerpo, los criterios diagnósticos actuales pueden conllevar algunos problemas: por un lado, a un diagnóstico equivocado de enfermedad mental en pacientes que sufren una enfermedad somática y, por otro lado, al ser necesaria la presencia de tan sólo un síntoma somático para el diagnóstico, un aumento de tasas de prevalencia de enfermedad mental (10). A pesar de ello, parece que estos nuevos criterios se adaptan mejor a la clínica de niños y adolescentes que los antiguos (11). También desaparece la antigua denominación de Trastorno Hipocondriaco, que se presenta ahora dividido en dos nuevas categorías: Trastorno de síntomas somáticos y Trastorno de

ansiedad por enfermedad. La diferencia principal entre estas dos nuevas entidades diagnósticas es la presencia de uno o más síntomas somáticos que causan malestar o problemas en la vida diaria, que es criterio A para el diagnóstico del Trastorno de síntomas somáticos, siendo excluyente para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad por enfermedad. Se mantiene la inclusión en este apartado del Trastorno conversivo, también incluido entre los Trastornos somatomorfos en la DSM-IV, a diferencia de la CIE-10 que lo incluye en el grupo de Trastornos disociativos (8).

Tabla 2. DSM 5 Trastornos de síntomas somáticos y Trastornos relacionados.

Trastorno de síntomas somáticos
Trastorno de ansiedad por enfermedad.
Trastorno de conversión.
Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.
Trastorno facticio.
Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados.
Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados

Otro cambio en el DSM-5 es relativo al Trastorno Dismórfico corporal, previamente incluido en el grupo de Trastornos somatomorfos, actualmente dentro del grupo de Trastorno obsesivo compulsivo y Trastornos relacionados.

Tabla 3. Trastorno de síntomas somáticos (adaptados del DSM-5).

Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos y disfuncionalidad.
Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos.
Los síntomas físicos no están causados deliberadamente.
No hay una patología médica diagnosticada que explique completamente los síntomas, aunque pueden coexistir con patología orgánica.
Los síntomas pueden ser de diversa localización y características.

A todas estas controversias respecto a la categorización de estos trastornos, hay que sumar

que en niños y adolescentes normalmente nos encontramos con características clínicas diferentes a los adultos, según el momento evolutivo. Los criterios diagnósticos de las clasificaciones internacionales fueron establecidos para adultos y, en general, se considera que los criterios diagnósticos de este grupo de trastornos son difícilmente aplicables a los niños (10).

Existe una clasificación para trastornos mentales de niños y adolescentes en Atención Primaria de la Academia Americana de Pediatría que incluye también la clasificación de Trastornos De Somatización en niños y adolescentes (12). En dicha clasificación se distinguen los siguientes tipos: Variante de queja somática; Problema de queja somática; Trastorno de somatización; Trastorno somatomorfo (indiferenciado); Trastorno somatomorfo, no especificado; Trastorno por dolor; Trastorno de conversión.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de síntomas de somatización en población pediátrica es alta (3). Los SSF recurrentes se encuentran en el 10-30% de niños y adolescentes (5). El dolor abdominal recurrente representa un 5% de las consultas pediátricas y las cefaleas afectan de un 20 a un 55% de los niños; mientras que en adolescentes, algunos estudios refieren la presencia en un 10% de cefaleas, dolor torácico, náuseas y fatiga (3), en otros, un 25% de adolescentes presentan dolores crónicos o recurrentes (13). En un estudio en una muestra española de 2558 niños y adolescentes entre 8 y 16 años se encontró que un 26,8 % de los niños y un 52,1% de adolescentes referían al menos un síntoma somático evaluados con un cuestionario autoaplicado (14).

En un estudio poblacional de Rask et al, con una muestra de la Cohorte de niños de Copenhague del 2000, se encontró que la prevalencia de SSF a 1 año en niños entre 5 y 7 años era del 23,2%, con una duración de más de 6 meses en un 58,2 %, predominando sexo femenino y siendo los más prevalentes: dolor abdominal, cefalea y dolor de extremidades. El subgrupo con disfuncionalidad asociada y que podría precisar intervención clínica, constituía el 4,4% y era con mayor frecuencia un

cuadro clínico multisintomático. Este estudio sugiere un inicio temprano de la somatización y apunta a la necesidad de intervenciones clínicas y preventivas. También parece encontrarse una conexión entre síntomas de ansiedad por la salud, síntomas somáticos funcionales y síntomas emocionales (6).

En general hay un predominio del sexo femenino en adolescentes que persiste hasta la vida adulta (3) (14), pero no hay resultados claros en edades prepuberales (5).

La aparición de la nueva categoría diagnóstica del DSM-5 “Trastorno de síntomas somáticos” ha dado lugar a estudios poblacionales orientados a evaluar tasas de prevalencia de este diagnóstico en adolescentes, encontrando un 10,5% en estas edades. En general la presencia de síntomas somáticos persistentes era más frecuente en chicas que en chicos, pero con menos repercusión en la funcionalidad en las primeras (11).

Respecto a la clase social, es más frecuente en grupos de bajo nivel socioeconómico (3).

ETIOPATOGENIA

La etiología es multifactorial, resultando de una interacción entre características del niño y factores ambientales, que influyen en la prevalencia y en el curso de los SSF (5). Suelen iniciarse por una combinación de factores de vulnerabilidad y factores desencadenantes en un niño y una familia concreta (15).

Características del niño.

Hay una predisposición genética a la somatización probablemente asociada a rasgos como la alexitimia (dificultad en identificar las propias emociones), rasgos ansiosos y sensibilidad a la ansiedad. Estudios genéticos han identificado concordancia en gemelos monocigotos. Hay un aumento de prevalencia en familias en las que hay Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y alcoholismo (3). En una revisión de Dell et al. señalan dentro de los factores genéticos los polimorfismos de la catecolamina-O-metiltransferasa (COMT) con sensibilidad al dolor, una región del gen del transportador de serotonina,

asociado a neuroticismo y ansiedad, y en el gen de la triptófano hidroxilasa, que se relaciona con la ansiedad somática (16).

Factores psicológicos, como escrupulosidad y ansiedad, se consideran rasgos de vulnerabilidad, aunque inespecíficos, pues también lo son para trastornos emocionales. Los SSF pueden reflejar un aumento de la atención de un niño ansioso a las sensaciones corporales y posterior rumiación de las mismas. Los niños con alto nivel de SSF tienen menos estrategias de afrontamiento adaptativas y mayor respuesta emocional al estrés, comparados con niños con enfermedad orgánica y con muestras comunitarias (6).

En un estudio poblacional longitudinal de cohortes prospectivo en Holanda (estudio TRAIL) realizado con adolescentes, se encontró que bajos cocientes de inteligencia estaban relacionados con mayor predisposición a SSF de manera significativa en aquellos que percibían unas altas expectativas por parte de sus padres (17).

La experiencia personal de enfermedad en la infancia puede ser un precursor o predictor de SSF (5).

La edad es un factor que influye tanto en el tipo de síntoma expresado, por ejemplo el dolor abdominal es más frecuente en preescolares y las cefaleas en niños mayores, como en la prevalencia global, que aumenta con la edad, especialmente las presentaciones multisintomáticas (5).

Se ha revisado la posibilidad de la existencia de un sustrato biológico, por ejemplo, aumento de la motilidad o sensibilidad gastrointestinal y posibles cambios inflamatorios en niños con síntomas gastrointestinales (18). También se ha postulado una hipótesis psiconeuroinmunológica para la somatización (15). En cuanto a marcadores biológicos, se han medido especialmente la tensión arterial y niveles de cortisol como marcadores fisiológicos de respuesta al estrés, con hallazgos inconsistentes (5). Se ha estudiado la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y variabilidad cardíaca en niños y adolescentes con SSF encontrando que hay un estado de activación fisiológica y dificultad para regular el organismo comparado con sujetos control (19). En una revisión sobre mecanismos neurofisiológicos subyacentes a los SSF, se encontraron diferencias

en la función del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, en el tono vago-simpático, regulación al alza de la función inflamatoria-inmune y mayor reactividad cognitivo-emocional ante estímulos amenazantes (20). Desde el punto de vista neurobiológico, un estudio que evaluaba pacientes de 10 a 18 años con síntomas neurológicos funcionales mediante Resonancia Magnética de alta resolución encontró mayor volumen del área suplementaria motora, giro superior temporal derecho y córtex prefrontal dorsomedial comparado con controles sanos (21). También se ha encontrado sobreactivación de la red neuronal por defecto y somatomotora en registro electroencefalográfico (22).

Factores ambientales.

La importancia de factores psicosociales en el entorno familiar del niño se pone de manifiesto por distintos hallazgos. Entre los factores de riesgo familiar para un trastorno somatomorfo en un niño se encuentran: somatización en los padres, enfermedad orgánica crónica en una persona significativa, psicopatología en miembros cercanos de la familia, clima familiar disfuncional, experiencias traumáticas en la infancia y estilo de apego inseguro (23) (24). Desde un punto de vista sistémico, se ha propuesto que la expresión de síntomas por parte del niño o adolescente puede ser una manera de proteger a los padres de sus propios conflictos o preocupaciones, distrayendo su atención hacia el malestar del niño (3). En un estudio realizado con 316 niños con dolor abdominal recurrente de 7 a 12 años, se encontró que padres que percibían a sus hijos menos eficaces para afrontar el dolor respondían de una manera más protectora y esto se asociaba con mayores niveles de síntomas gastrointestinales y disfuncionalidad (25). Estudios con gemelos han encontrado una asociación entre actitudes críticas de los padres y el desarrollo de síntomas somáticos en adolescentes (26). La presión que ejercen los padres sobre los niños para que estos tengan buenos resultados académicos (3) o el estrés de los padres pueden ser factores de riesgo, esto último se vio en adolescencia temprana (27). Se ha estudiado específicamente el perfil de personalidad de las madres, predominando rasgos de hipersensibilidad y ansiedad (28). Aunque esta

influencia del comportamiento de los padres podría estar mediada por respuestas fisiológicas en edades adolescentes, medida por conectividad de la piel en un estudio (29).

También se puede entender como un comportamiento aprendido. Empieza con la experiencia de que mostrar una queja somática es más fácilmente detectada o más aceptable dentro de una familia que la expresión de emociones, como ansiedad, miedo, celos o enfado. En tal ambiente, un niño puede no recibir atención por la expresión de malestar emocional y en su lugar recibir más atención debido a síntomas físicos. Conforme este “camino psicósomático” es reforzado, se manifiesta a través de un espectro de trastornos de somatización (3).

Acontecimientos adversos en el hogar, incluyendo factores socioeconómicos, o en el ambiente escolar aumentan la frecuencia de estos síntomas en muestras comunitarias y clínicas (5) (30), sobre todo en adolescentes de sexo femenino (31). Algunos autores han encontrado que la percepción que el paciente tiene del impacto del acontecimiento adverso se correlaciona con el nivel de disfuncionalidad y uso de recursos sanitarios (32). Otros problemas más graves, pero menos frecuentes, como abuso físico o sexual o acoso escolar pueden conducir a quejas somáticas que muchas veces llegan a constituir un Trastorno de Somatización (3) (16) (33) (34), aunque algún estudio no ha encontrado mayor prevalencia de experiencias traumáticas que en la población general (35). En aquellos casos de Trastornos somatomorfos con varias comorbilidades, como ansiedad, depresión y conductas suicidas, sí se ha encontrado asociación con historia de negligencia o abuso infantil (36).

En definitiva, dentro de los factores de riesgo, muchos de ellos comunes a otros trastornos mentales, la combinación de distrés psicológico y problemas de salud en el seno de una familia con tendencia a atribuciones somáticas y comportamiento focalizado en la enfermedad y la disfunción, a pesar de múltiples estudios médicos negativos, sería un fenómeno específico para el desarrollo de síntomas somáticos funcionales (5).

ASPECTOS CLÍNICOS

La presentación en un paciente de quejas somáticas en ausencia de enfermedad médica puede ser orientada como posible somatización (37). Las presentaciones clínicas son muy variadas y desde el punto de vista de la gravedad deben ser vistos como un continuo que va desde síntomas leves y transitorios, pasando por reacciones de adaptación con síntomas somáticos hasta cuadros con síntomas graves, crónicos e incapacitantes. Se pueden ver afectados distintos sistemas corporales, pueden ser monosintomáticos o multisintomáticos y pueden coexistir diferentes tipos de síntomas (6). Los factores psicosociales pueden estar actuando como desencadenantes o perpetuadores de trastornos (18).

Hay suficiente evidencia de la conexión entre síntomas somáticos funcionales y psicopatología. En un estudio poblacional se encontró que los trastornos psiquiátricos eran referidos por casi la mitad de los niños y/o adolescentes con altos índices de síntomas somáticos, frente a 1 de cada 10 de los que no los presentaban. Mientras que los síntomas emocionales parecen ser los síntomas más comunes entre niños mayores, las alteraciones conductuales son más comunes entre niños de 6 años y menores. Además, los síntomas somáticos funcionales se han visto asociados con disfuncionalidad en áreas importantes (absentismo escolar, actividades de ocio, vida cotidiana y actividades placenteras) y elevado uso de servicios sanitarios (6). Un estudio en población española de Romero-Acosta y colaboradores, con una muestra de 2558 niños y adolescentes entre 8 y 16 años a los que se aplicó cuestionarios sobre síntomas somáticos, ansiosos y depresivos, encontró que las cefaleas, los dolores de estómago y los dolores musculares estaban asociados a mayor disfuncionalidad y en general los síntomas somáticos estaban asociados a síntomas ansiosos y depresivos (14). Un estudio con 665 escolares holandeses entre 7 y 18 años evaluó la relación entre el dolor abdominal funcional con otros problemas comórbidos a través de cuestionarios de quejas somáticas, ansiedad, depresión, calidad de vida y también a un total de 391 de sus padres

y encontró que el dolor abdominal recurrente estaba asociado a peor calidad de vida, ansiedad y problemas internalizantes en los padres en mayor medida que en muestras comunitarias (38).

Las somatizaciones son las características fundamentales de los Trastornos somatomorfos, mucho menos frecuentes en niños que los síntomas somáticos funcionales. Algunas de las categorías del grupo de los Trastornos somatomorfos requieren unos criterios diagnósticos difíciles de cumplir en población infantil y adolescente, como es el caso del Trastorno de somatización, que se define por la presencia de múltiples síntomas somáticos que afectan a diferentes sistemas y funciones (3). Los subtipos más frecuentes en niños son el dolor somatomorfo persistente y el trastorno conversivo/disociativo. Según algunos autores también se encuentra entre los más frecuentes el Síndrome de Fatiga Crónica, aunque no está incluido dentro de los actuales sistemas de clasificación con esa denominación, sino como Neurastenia en la CIE-10 (18) (39). Otros síndromes frecuentes que no aparecen como categoría independiente en las clasificaciones actuales son el Trastorno somatomorfo respiratorio y el Dolor torácico pediátrico no cardíaco cuya conceptualización y definición ha suscitado reciente interés (40) (41).

Por su interés clínico al centrarse en población pediátrica, usaremos como guía para la descripción clínica los cuadros descritos por la Academia Americana de Pediatría (12). Ya hemos comentado que las presentaciones clínicas cambian a lo largo del desarrollo evolutivo, desde dolor abdominal recurrente en la infancia temprana hasta síntomas neurológicos, insomnio y fatiga cuando aumenta la edad (37).

Variante de queja somática. Esta variante implica malestar y quejas somáticas que no interfieren con el funcionamiento diario. En la primera infancia estas quejas se manifiestan probablemente como malestar gastrointestinal transitorio. En niños de edad escolar se expresan como dolor abdominal recurrente, cefaleas y dolores “de crecimiento”. Los adolescentes muestran más cefaleas, dolores torácicos y otros dolores transitorios que característicamente no

provocan disfuncionalidad. Las mujeres refieren más quejas somáticas después de la pubertad.

Problema de Queja Somática. Este subtipo consiste en una o más quejas somáticas que causan suficiente malestar y disfuncionalidad (física, social o escolar) para ser considerada un problema. En la primera infancia esta situación puede ocurrir cuando los síntomas gastrointestinales interfieren seriamente con la alimentación o el sueño. En edad escolar puede conllevar el rechazo o evitación a las actividades habituales, por ejemplo, un absentismo escolar grave. En la adolescencia se complica con malestar emocional, retraimiento social y dificultades académicas. En cuadros clínicos más graves se puede dar rechazo escolar y síndromes dolorosos recurrentes.

Trastorno somatomorfo indiferenciado. Este subtipo aparece durante la adolescencia causando importante disfuncionalidad. Se presentan múltiples síntomas graves de una duración mínima de 6 meses. Las quejas incluyen síndromes dolorosos, quejas gastrointestinales o urinarias, fatiga, pérdida de apetito y síntomas pseudoneurológicos. Para el diagnóstico es necesario además que los síntomas no se expliquen mejor por la presencia de otro trastorno mental, como un trastorno del ánimo o ansiedad, y no deben ser simulados o producidos intencionadamente. Una forma más grave es el clásico Trastorno de somatización, que se da en la edad adulta.

Trastorno somatomorfo no especificado. Se da en adolescentes que presentan quejas sin explicación médica de menos de 6 meses de duración o aquellos que manifiestan síntomas somatomorfos que no reúnen criterios diagnósticos para ningún Trastorno Somatomorfo específico.

Trastorno por dolor. Se diferencian tres tipos: dolor asociado exclusivamente a factores psicológicos, dolor asociado tanto a factores psicológicos como a una condición médica y dolor asociado a una condición médica general. La aparición del dolor puede estar relacionada con estresores psicológicos. Es frecuente una ganancia secundaria (ser eximido de situaciones estresantes o presiones académicas) (37). Un subtipo de Trastorno por dolor es el Síndrome de dolor regional complejo, dolor neuropático con

disfunción autonómica que puede afectar a una o más extremidades. Se ha visto que los niños y adolescentes afectados tienen mayor intensidad de dolor junto a mayor disfuncionalidad y mayor número de síntomas somáticos asociados, sin que haya más prevalencia o gravedad de psicopatología comparado con otros trastornos por dolor (42).

Trastorno de conversión. En el trastorno de conversión uno o más síntomas o déficits afectan a las funciones motoras o sensitivas sugiriendo una condición médica o neurológica, aunque los hallazgos no son consistentes con ninguna explicación fisiopatológica o neuroanatómica. Los síntomas tienden a tener un significado simbólico relacionado con un conflicto inconsciente sin resolver y parecen ser fruto de un intento de resolver el conflicto, lo que sería un beneficio primario, aunque se suelen acompañar a menudo también de beneficios secundarios (aumento de la atención, exención de responsabilidades). Esta forma de trastorno de somatización se suele acompañar frecuentemente pero no siempre de la “bella indiferencia”, una actitud de desinterés por parte del paciente respecto a los síntomas tan graves que muestra. Aunque los síntomas normalmente son autolimitados, resolviéndose en un periodo de unos 3 meses, pueden también persistir y asociarse a secuelas crónicas. Frecuentemente hay un modelo para el síntoma dentro de la familia o a veces el propio paciente constituye su propio modelo, como ocurre en el caso de las pseudocrisis en pacientes que sufren epilepsia (37). Está más extendido el término de *crisis psicógenas no epilépticas*, existiendo varios subtipos clínicos según el tramo de edad, preescolar, escolar y adolescencia (43), aunque es rara su presentación por debajo de los 5 años (39). También se han descrito diferencias clínicas en función del sexo, siendo las caídas por atonía muscular más frecuente en mujeres junto a tasas más altas de depresión mayor, mientras que los movimientos tónico-clónicos de extremidades son más frecuentes en varones y mayores tasas de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (44). Los trastornos de Conversión no están incluidos dentro del grupo de Trastornos somatomorfos en la CIE-10, sino dentro del grupo de Trastornos disociativos (8).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las enfermedades orgánicas deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial. A lo largo del tiempo, hasta la tercera parte de los pacientes diagnosticados inicialmente de un Trastorno conversivo pueden llegar a recibir un diagnóstico neurológico. En dolores pélvicos, por ejemplo, hay que descartar endometriosis o la infección por *Helicobacter pylori* en dolores abdominales (37). Además hay que tener en cuenta la existencia de comorbilidad de patología orgánica y síntomas somatomorfos, como por ejemplo la migraña y el vértigo somatomorfo, que casi alcanza una comorbilidad del 20% en algunas series (45).

Trastornos de ansiedad. Son unos de los trastornos mentales más comunes en niños y adolescentes con tasas de prevalencia del 15 al 20% encontrando frecuentemente manifestaciones somáticas entre la sintomatología, como son: trastornos del sueño, hiperactividad, palpitaciones y/o taquicardia, salto epigástrico, dolor abdominal, sudoración o disnea (46). Las quejas somáticas son más frecuentes en niños con Trastornos de ansiedad comparados con niños sin este diagnóstico, y entre jóvenes ansiosos y/o deprimidos comparados con jóvenes con otro trastorno mental. Esta asociación parece ser más evidente en cuadros ansiosos asociados a depresión. En un estudio con 128 niños de 6 a 17 años diagnosticados de Fobia social, Trastorno de ansiedad por separación y Trastorno de ansiedad generalizada se encontró que todos los pacientes presentaban al menos un síntoma somático y aquellos con Trastorno de ansiedad generalizada presentaban claramente un mayor número de ellos comparados con aquellos sin este diagnóstico, en concreto los tres más frecuentes fueron astenia, dolor de estómago y palpitaciones. Los pacientes de edad adolescente referían un mayor número de síntomas físicos en comparación con los pacientes de edad preadolescente, en concreto 5 síntomas: rubefacción, sudoración, temblores, mareo y parestesias. Los niveles altos de síntomas somáticos estaban asociados con mayor gravedad y mayor disfuncionalidad en ámbito familiar (47). En un estudio transversal de 2558 escolares españoles de 8 a 16 años evaluados con cuestionarios autoaplicados, los síntomas somáticos que más frecuentemente se

asociaron a ansiedad fueron fatiga y dolor muscular (14).

Trastorno depresivo. Las quejas somáticas son los síntomas clínicos más comunes de la depresión. En población adulta que ha sufrido traumas en la infancia (maltrato emocional, negligencia), se ve un mayor riesgo de desarrollar alexitimia y ésta a su vez parece contribuir a las manifestaciones somáticas de los Trastornos depresivos en estos grupos de pacientes (48). Respecto a edades infantojuveniles, en un estudio realizado por Allen y col. con 244 niños sanos entre 8 y 17 años, en los que se aplicaron cuestionarios de síntomas somáticos, alexitimia y depresión, se encontró, aplicando el modelo de Baron y Kenny's, que los síntomas depresivos tenían una función mediadora de la relación entre alexitimia y somatización, aunque el efecto era pequeño (49). En un estudio de casos y controles realizado por Bohman y col. con población adolescente de 16-17 años en Uppsala, se realizó primero un cribado a toda la población para depresión y luego entrevista diagnóstica estructurada seleccionando 177 casos de depresión pareados con sus controles sanos. No solo eran más frecuentes los síntomas somáticos en los adolescentes deprimidos, sino que el número de síntomas somáticos se correlacionaba con la gravedad y duración de la depresión, así como con la presencia de ideación y/o planes suicidas (50).

Desde un punto de vista longitudinal, se ha visto que hay una fuerte asociación entre SSF ansiedad y depresión a lo largo de la vida, de tal forma que uno o más SSF en la infancia son predictores de múltiples SSF, ansiedad y depresión tiempo después y también que síntomas y trastornos de ansiedad y depresión en la infancia están asociados con la presentación posterior de múltiples SSF (51).

Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Es frecuente la somatización como un síntoma de TEPT, relacionado con la gravedad del trastorno y el nivel de inteligencia (correlación inversa) siendo un moderador del efecto sobre la somatización el tipo de abuso (más probables en casos de abuso sexual sin violación) (52).

Trastornos facticios y simulación. Los trastornos facticios forman parte del grupo de Trastornos de expresión somática del DSM-5 (9), sin embargo, a diferencia de Trastornos somatomorfos y SSF,

los síntomas presentados han sido producidos intencionadamente. De igual manera, no deben confundirse los SSF con la simulación, donde los síntomas son fingidos con la finalidad de obtener algún beneficio tangible (37).

Trastornos psicóticos o experiencias psicóticas. Las experiencias corporales anormales son comunes en los trastornos psicóticos, muchas veces mostrándose como ansiedad por la salud (AS) junto a SSF. En un estudio poblacional de la cohorte de niños de Copenhague del 2000, se evaluaron las experiencias psicóticas a 1572 niños de 11 y 12 años con el cuestionario Kiddie de Trastornos afectivos y Esquizofrenia y por otro lado, síntomas de AS y SSF mediante escalas autoaplicadas junto a información general de psicopatología, pubertad y enfermedades somáticas. Se encontró que las experiencias psicóticas subclínicas estaban asociadas significativamente con la ansiedad por enfermedad y SSF en este grupo de preadolescentes por encima de otra psicopatología general. Aunque estas experiencias psicóticas no necesariamente implican la presencia de Trastornos de tipo psicótico, suponen un mayor riesgo para desarrollar el trastorno posteriormente (53).

EVALUACIÓN

El primer nivel de atención de estos pacientes es el ámbito de la pediatría o médicos de Atención Primaria (MAP), donde el diagnóstico de Trastorno somatomorfo se desarrolla a lo largo de un recorrido con 3 partes simultáneas: 1) descartando una enfermedad médica como causante de los síntomas, 2) identificando la disfunción psicosocial y 3) reconociendo y aliviando estresores. Una evaluación biopsicosocial es terapéutica y a menudo se sigue de mejoría, incluso de resolución de los síntomas. Durante la evaluación inicial del pediatra o MAP es importante discutir abiertamente los estresores detectados y una posible causa psicosomática, ya que puede facilitar una más fácil revelación del diagnóstico en el futuro una vez confirmado. Hallazgos que son altamente sugestivos de un trastorno de somatización incluyen: historia de múltiples quejas somáticas, múltiples visitas a médicos y distintos especialistas, así como la presencia en algún miembro de la familia de

síntomas crónicos y recurrentes y disfuncionalidad en los principales ámbitos de la vida (familia, iguales y escuela). En el proceso de evaluación se debe evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias o repetitivas como un intento de demostrar a la familia el origen psicosomático del cuadro. Un método coste-efectivo de determinación de manera apropiada con las adecuadas pruebas analíticas y de imagen es la base del plan diagnóstico y siempre siguiendo los signos o síntomas que sugieran organicidad (37). Es importante explorar los miedos y fantasías sobre la enfermedad, tanto del niño como de la familia, pudiendo encontrar un amplio abanico de respuestas, desde que el niño pueda tener cáncer o una enfermedad cardíaca o quizá un problema de “nervios” o “estrés”. La actitud del pediatra ha de ser de escucha y en el momento del diagnóstico, una explicación clara, de apoyo y centrada en el problema. Se podría aludir a alguno de los términos que posiblemente ya había empleado en un momento previo como, por ejemplo, que esté “relacionado con estrés”, “temperamento sensible”, “ansiedad”, o cualquier otro que le permita a la familia la aceptación y la intervención de un psicólogo y/o psiquiatra (37).

El ámbito de evaluación podría ser también los Servicios de Urgencias (SU). Datos de la historia clínica que pueden hacer pensar en este diagnóstico son: edad adolescente, síntomas somáticos de frecuencia diaria presentes durante semanas o meses, larga historia de visitas médicas con gran número de pruebas diagnósticas y deterioro funcional no esperable para la sintomatología referida. El diagnóstico positivo en el SU de un Trastorno de expresión somática o Trastorno somatomorfo puede tener un impacto muy positivo en el pronóstico (54).

Los casos más graves pueden requerir ingreso hospitalario para completar estudio médico en plantas de Pediatría. Representan hasta un 12% de ingresos pediátricos de mayores de 12 años en alguna serie (55).

En casos más graves o persistentes, polisintomáticos, que se asocien con mayor disfuncionalidad, con circunstancias psicosociales más complejas, o que se sospeche comorbilidad psiquiátrica, será necesaria la derivación a Salud Mental o Psiquiatría infantil de enlace, donde la

coordinación con el equipo médico encargado de la derivación es importante. En el caso de pacientes que precisan ingreso hospitalario, que suelen ser casos complejos, con comorbilidad somática y psiquiátrica de difícil manejo, se ha visto que suele demorarse la interconsulta psiquiátrica más de 6 meses desde el inicio de los síntomas. Tras ese periodo suele ser motivada bien por falta de respuesta a sucesivos tratamientos o bien para clarificar el diagnóstico. En estos casos sería más adecuada una derivación más precoz, incluso en el mismo momento del ingreso (56) (57).

En general, tiene ventajas hacer la derivación de manera temprana, cuando los estudios médicos están todavía en curso, pero siendo necesario el trabajo desde un modelo de equipo multidisciplinar. Los beneficios son: que se normaliza la influencia de factores psicológicos y sociales en la sintomatología, se identifica a los profesionales de la salud mental como parte del equipo médico multidisciplinar disminuyendo los temores de abandono de los médicos y permite tener más tiempo para ir construyendo la alianza terapéutica (58). Esto podría evitar también demora en los diagnósticos, aunque en una serie de casos de crisis psicógenas no epilépticas se estudiaron los factores asociados a una demora en el diagnóstico y resultaron ser un inicio en edades más tempranas y antecedentes de abuso psicológico (59). Una evaluación psiquiátrica completa incluirá una historia clínica detallada, con la exploración psicopatológica, historia psiquiátrica familiar con especial atención a las actitudes de los padres y nivel de disfuncionalidad, especificando el absentismo escolar (37). En los casos de dolor crónico se debe explorar historia vincular, duelos no resueltos y/o historia de acontecimientos traumáticos (24). Es importante evaluar comorbilidades con otros trastornos psiquiátricos, los más frecuentes son ansiedad y/o depresión, pero también problemas de aprendizaje especialmente en aquellos con problemas escolares (bullying) o de lenguaje (60).

MANEJO CLÍNICO Y TRATAMIENTO

Muchos niños con síntomas transitorios, claramente relacionados con factores de estrés o precipitantes claros, pueden ser manejados con

éxito en Atención Primaria mediante la exclusión de enfermedad orgánica, la explicación de la naturaleza de los síntomas y contener y calmar a la familia. Es importante demostrar que el síntoma se ha tomado con seriedad, con una cuidadosa elaboración de la historia clínica y una completa exploración física. El propósito es dar un lugar donde el niño y la familia se sientan atendidos en su problemática, los cuales suelen ser reacios a aceptar la explicación diagnóstica. Una comunicación exitosa sobre la patología y el tratamiento indicado es crucial, pero a veces difícil. Las razones por la que muchos pacientes y sus padres rechazan el diagnóstico de somatización es que sienten que no son tomados en serio o sus síntomas no son creídos y temen el abandono del médico. El pediatra debe hacer comprender que el dolor del paciente es real, es decir, se debe a un componente neuronal nociceptivo y también a un componente afectivo, ambos procesados por el sistema nervioso central e influidos por experiencias personales, la genética y factores ambientales. El punto central de la intervención es motivar al paciente y sus padres para el establecimiento de una alianza terapéutica con el médico para, de manera conjunta, lidiar con los síntomas (37).

En los casos derivados a atención especializada, el tratamiento indicado es multidisciplinar, centrado en que tanto el paciente como la familia entienda la relación mente-cuerpo y la aceptación de la formulación y tratamiento biopsicosocial. En revisión reciente sobre manejo clínico de pacientes pediátricos con síntomas médicamente inexplicados se encontró que el tratamiento más efectivo incluía una rehabilitación funcional, terapia cognitivo-conductual para paciente y familia, junto con pautas y orientación a las escuelas (4). Muchos pacientes faltan a la escuela como consecuencia de los síntomas, lo que puede conducir a un síndrome de rechazo escolar. El apoyo a las familias y la coordinación escolar puede ayudar a reconducir esta situación. La instrucción es que el niño debe ser llevado a la escuela y los padres deben estar preparados para los días difíciles, que normalmente son los domingos por la noche y los últimos días de vacaciones antes del retorno escolar (37).

Intervenciones psicológicas efectivas son las terapias cognitivo-conductuales, el uso de refuerzos

positivos y negativos, el entrenamiento en relajación, el biofeedback y la hipnosis (2) (28). Los síntomas somáticos funcionales de tipo gastrointestinal con Trastorno de ansiedad comórbido responden a tratamiento cognitivo-conductual (61). Las técnicas cognitivo conductuales familiares se han mostrado efectivas, especialmente en cefaleas, dolor abdominal recurrente, fibromialgia y síndrome de fatiga crónica (6). El manejo de las creencias familiares, tanto sobre la enfermedad, como sobre las habilidades que tiene el niño para manejar su dolor pueden ser aspectos clínicos clave (6) (25). También constituye un aspecto relevante abordar las estrategias de afrontamiento de los padres ante el síntoma del niño (6). Otra revisión que ha evaluado la efectividad de las intervenciones psicológicas para las dificultades de salud mental en pacientes con síntomas somáticos inexplicados encontró que las intervenciones dirigidas a la respuesta parental a la enfermedad y a la comunicación intrafamiliar eran las que tenían mejores resultados, aunque la evidencia es limitada (62). En pacientes con dolor crónico será importante abordar el perfeccionismo, tanto del paciente como de los padres, como parte del plan de tratamiento (63).

En el contexto de un tratamiento multidisciplinar, el tratamiento farmacológico puede ser de ayuda, pero no siempre es la mejor opción, pues muchas veces sólo refuerza esta búsqueda de la “pastilla mágica” y una persecución interminable hacia una solución técnica. En caso de comorbilidad psiquiátrica, como trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno por uso de sustancias, trastorno de conducta o por déficit de atención e hiperactividad, requerirá un abordaje terapéutico específico (37). Los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) como la fluoxetina (3), el citalopram y en particular la fluvoxamina, parecen ser efectivos en la reducción de síntomas físicos asociados a Trastornos de ansiedad (47). Se han descrito casos de buena respuesta a duloxetina en pacientes adolescentes con dolor crónico (64). En estos últimos, cuando haya riesgo de adicción, los tratamientos más seguros deben evitar el uso de opiáceos y benzodiacepinas, o pautarlo con las máximas garantías de un cumplimiento adecuado (65).

En los casos más complicados, un manejo equilibrado entre el abordaje biomédico y las técnicas cognitivo conductuales familiares puede ser lo preferible. Esto conllevará una actuación coordinada entre pediatría u otros equipos médicos y salud mental (6).

PRONÓSTICO

El pronóstico de la mayoría de los trastornos de somatización en niños y adolescentes es muy bueno. A veces el síntoma de somatización es la punta del iceberg que avisa de la presencia de un trastorno psiquiátrico que precisará tratamiento en salud mental. La forma más grave, el Trastorno somatomorfo indiferenciado, se relaciona con Trastornos de personalidad, es de larga duración y tiene un curso persistente (37). Incluso en casos de adolescentes complejos que requieren hospitalización se ha visto una recuperación total o parcial en una gran mayoría, siendo la aceptación del diagnóstico por parte de las familias el factor fundamental para una recuperación completa (55).

Estudios poblacionales han mostrado continuidad de síntomas somáticos funcionales desde la adolescencia a la adultez temprana. En adolescentes con alta somatización se vio un aumento de depresión mayor y ataques de pánico en un seguimiento a 4 años (6). Un estudio de cohortes prospectivo en Estados Unidos encontró que las quejas somáticas frecuentes y recurrentes referidas entre los 9 y 16 años eran predictores de depresión y Trastorno de ansiedad generalizada en edad adulta (66).

En otro estudio poblacional de cohortes prospectivo realizado en Holanda por Janssens y colaboradores con una cohorte de población general evaluada mediante la escala Youth Self Report y Child Behaviour Checklist a los 11, 13 y 16 años se encontró que la prevalencia de SSF persistentes era del 4,1 % en esta muestra de población general. Los factores de riesgo asociados a la persistencia de síntomas somáticos funcionales eran el ser mujer, un pobre estado de salud recogido en un autregistro, padecer síntomas depresivos y un alto número de síntomas somáticos funcionales referidos por los padres. Sin embargo no se encontró

que fueran factores predictores de la persistencia de estos síntomas la ansiedad, el absentismo escolar ni la sobreprotección parental, lo que contrasta con estudios anteriores (5). La presencia de psicopatología internalizante se ha asociado a persistencia de quejas somáticas en adolescentes a lo largo de 1 año, especialmente la ansiedad (67).

Estudios de seguimiento en niños con dolor abdominal recurrente han mostrado persistencia del dolor en la vida adulta ente un tercio y la mitad de los casos y estos niños también desarrollan otros síntomas somáticos funcionales y mayor disfuncionalidad comparados con controles sanos cuando llegan a la adolescencia y a la etapa de adulto joven, junto a mayor prevalencia de Trastornos de ansiedad y depresivos (68).

En adolescentes, en un estudio poblacional longitudinal realizado en Turku, Finlandia (13) se encontró que el absentismo escolar era un factor perpetuante de síntomas somáticos funcionales en adolescentes, quizá por focalizar más su atención sobre sus síntomas somáticos cuando permanecen en casa. Este hallazgo también podría explicar que la sobreprotección parental predice síntomas somáticos funcionales en la adolescencia, teniendo en cuenta que padres con estilo educativo sobreprotector suelen tolerar que sus hijos permanezcan en casa sin ir al colegio más que los que no lo son.

En niños con síndrome de fatiga crónica grave e incapacitante se observó que 2/3 se habían recuperado tras un seguimiento de 45 meses y medio. Los indicadores de peor pronóstico fueron un estilo parental de atribución somática y un inicio insidioso (4). Otro estudio a 12 meses encontró que los tratamientos multidisciplinarios fueron efectivos tanto en Síndrome de Fatiga Crónica como en Trastorno somatomorfo en adolescentes, encontrando que la existencia de un precipitante físico de la enfermedad era un factor pronóstico de peor respuesta, influyendo más que la categoría diagnóstica. El SFC tenía un curso más prolongado y peor funcionalidad física (69). En pacientes con crisis psicógenas no epilépticas, un tercio tienen una remisión rápida de los síntomas y en otro tercio se ha observado una persistencia en un seguimiento de 2 años, sobre todo aquellos con epilepsia comórbida o

duración más prolongada de los síntomas previa al diagnóstico (70).

CONCLUSIONES

Los trastornos somatomorfos constituyen un grupo heterogéneo de trastornos con un amplio espectro sintomático que va de los síntomas somáticos funcionales pasajeros a los graves trastornos somatomorfos propiamente dichos. Las clasificaciones diagnósticas actuales de los trastornos psiquiátricos no siempre son útiles en población infantil y adolescente. Una evaluación biopsicosocial es fundamental para el estudio diagnóstico y primera orientación terapéutica en equipos de Pediatría y/o Atención Primaria, realizando la derivación a Salud Mental en los casos que lo requieran por la gravedad, persistencia de síntomas o comorbilidad. El tratamiento indicado es multidisciplinar con el objetivo de mejorar tanto los síntomas somáticos como la funcionalidad, así como los síntomas o trastornos psiquiátricos asociados, evitando exploraciones médicas innecesarias y la iatrogenia asociada a las mismas. Los tratamientos indicados son multidisciplinarios, rehabilitadores, psicológicos individuales y familiares, añadiendo psicofármacos solo cuando esté indicado. Aunque la interpretación de los resultados respecto al pronóstico es complicada, la mayor parte de los casos presentan una respuesta total o parcial a los tratamientos, aunque estos síntomas pueden ser predictores de psicopatología ansiosa o depresiva a largo plazo.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener conflictos de interés. Sandra Gómez Vallejo ha recibido beca de formación avanzada en Psiquiatría del Niño y Adolescente de la Fundación Alicia Koplowitz, sin relación específica con el tema del artículo.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No se ha recibido financiación para la elaboración de este artículo.

CONTRIBUCIÓN DE LAS AUTORAS

SAG, SGV y MRPM realizaron la búsqueda bibliográfica y la redacción del artículo. MDMP llevó a cabo la coordinación del estudio y supervisó la redacción del manuscrito. Todos los autores han aprobado la versión final del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Muñoz García-Largo L, Gordillo Urbano RM, De Burgos Marín R. Pseudocrisis en niños y adolescentes: una revisión. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv.* 2011; 28(3): p. 12-36.
<https://doi.org/10.1176/ajp.145.11.1358>
2. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry.* 2006; 145(11): p. 1358-1368.
3. Rubio B, Gastaminza X, Herreros O. Paidopsiquiatría psicósomática. La Interconsulta y la Psiquiatría de enlace en Pediatría. Las Rozas (Madrid): Selene Editorial; 2014.
4. Ibeziako P, Bujoreanu S. Approach to psychosomatic illness in adolescents. *Curr Opin Pediatr.* 2011; 23(4): p. 384-389.
<https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e3283483f1c>
5. Janssens K, Klis S, Kingma E, Oldehinkel A, Rosmalen J. Predictors for Persistence of Functional Somatic Symptoms in Adolescents. *J Pediatr.* 2014; 164(4).
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.12.003>
6. Rask CU. Functional somatic symptoms in 5-7-year old children. *Dan Med J.* 2012; 59(11).
https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2018-11/b4537.pdf
7. Gómez Vallejo S, Alonso González IM, Pérez Moreno R, Moreno Pardillo MD. Hipocondría en la infancia y adolescencia. Revisión bibliográfica. *Rev Psiquiatr infanto-Juv.* 2018;(1): p. 7-16.
<https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/1/1>
8. Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra; 1992.
9. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Arlington; 2013.
10. Van Geelen SM, Rydelius PA, Hagquist C. Somatic symptoms and psychological concerns in a general adolescent population: Exploring the relevance of DSM-5 somatic symptom disorder. *J Psychosom Res [Internet].* 2015; 79(4): p. 251-8.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.07.012>
11. Schulte IE, Petermann F. Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria!: What about children and adolescents? *J Psychosom Res.* 2011; 70(3): p. 218-228.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.08.005>
12. Wolraich ML, Felice MD, Drotar D. The classification of child and adolescent mental diagnoses in primary care. En *Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC) Child and Adolescent Version.:* American Academy of Pediatrics; 1996.
13. Janssens KAM, Oldehinkel AJ, Dijkstra JK, Veenstra R, Rosmalen JGM. School Absenteeism as a Perpetuating Factor of Functional Somatic Symptoms in Adolescents: The TRAILS Study. *J Pediatr [Internet].* 2011; 159(6): p. 988-993.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.06.008>
14. Romero-Acosta K, Canals J, Hernández-Martínez C, Penelo E, Cosmina Zolog T, Domènech-Llaberia E. Age and gender differences of somatic symptoms in children and adolescents. *J Ment Health.* 2013; 22(1): p. 33-41.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2012.734655>
15. Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, et al. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Quinta ed. Singapur: Wiley-Blackwell; 2008.
16. Dell ML, Campo JV. Somatoform Disorders in Children and Adolescents. *Psychiatr Clin North Am.* 2011; 34(3): p. 643-60.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.05.012>
17. Kingma EM, Janssens KAM, Venema M, Ormel J, De Jonge P, Rosmalen JGM. Adolescents with low intelligence are at risk of functional somatic symptoms: the TRAILS study. *J Adolesc Health.* 2011; 49(6): p. 621-6.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.04.022>

18. Garralda ME. Unexplained Physical Complaints. *Pediatr Clin North Am.* 2011;: p. 803-13.
<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.06.002>
19. Chudleigh C, Savage B, Cruz C, Lim M, McClure G, Palmer DM, et al. Use of respiratory rates and heart rate variability in the assessment and treatment of children and adolescents with functional somatic symptoms. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2018; 24(1): p. 29-39.
<https://doi.org/10.1177/1359104518807742>
20. Kozłowska K. Functional somatic symptoms in childhood and adolescence. *Curr Opin Psychiatry.* 2013; 26(5): p. 485-92.
<http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283642ca0>
21. Kozłowska K, Griffiths KR, Foster SL, Linton J, Williams LM, Korgaonkar MS. Grey matter abnormalities in children and adolescents with functional neurological symptom disorder. *NeuroImage Clin.* 2017; 15: p. 306-14.
<https://doi.org/10.1016/j.nicl.2017.04.028>
22. Kozłowska K, Spooner CJ, Palmer DM, Harris A, Korgaonkar MS, Scher S, et al. «Motoring in idle»: The default mode and somatomotor networks are overactive in children and adolescents with functional neurological symptoms. *NeuroImage Clin.* 2018; 18: p. 730-43. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2018.02.003>
23. Schulte IE, Petermann F. Familial risk factors for the development of somatoform symptoms and disorders in children and adolescents: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2011; 42(5): p. 569-83.
<https://doi.org/10.1007/s10578-011-0233-6>
24. Ratnamohan L, Kozłowska K. When things get complicated: At-risk attachment in children and adolescents with chronic pain. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2017; 22(4): p. 588-602.
25. DuPen M, Van Tilburg M, Langer S, Murphy T, Romano J, Levy R. Parental Protectiveness Mediates the Association between Parent-Perceived Child Self-Efficacy and Health Outcomes in Pediatric Functional Abdominal Pain Disorder. *Children.* 2016; [citado 24 de mayo de 2020]; 3(3): p. 15.
<https://doi.org/10.3390/children3030015>
26. Horwit BN, Marceau K, Narusyte J, Ganiban J, Spotts EL, Reiss D, et al. Parental criticism is an environmental influence on adolescent somatic symptoms. *J Fam Psychol.* 2015; 29(2): p. 283-9.
<https://doi.org/10.1037/fam0000065>
27. Rousseau S, Grietens H, Vanderfaeillie J, Hoppenbrouwers K, Wiersema JR, Van Leeuwen K. Parenting stress and dimensions of parenting behavior: cross-sectional and longitudinal links with adolescents' somatization. *Int J Psychiatry Med.* 2013; 46(3): p. 243-70.
<https://doi.org/10.2190/pm.46.3.b>
28. Pop-Jordanova NZT. Somatoform Disorders – A Pediatric Experience. *PRILOZI.* 2016; 37(2-3): p. 55-62. <https://doi.org/10.1515/prilozi-2016-0017>
29. Rousseau S, Grietens H, Vanderfaeillie J, Hoppenbrouwers K, Wiersema JR, Baetens I, et al. The association between parenting behavior and somatization in adolescents explained by physiological responses in adolescents. *Int J Psychophysiol Off J Int Organ Psychophysiol.* 2014; 93(2): p. 261-6.
<https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2014.05.008>
30. Winding TN, Andersen JH. Do negative childhood conditions increase the risk of somatic symptoms in adolescence? - a prospective cohort study. *BMC Public Health.* 2019; 19(1): p. 828.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7198-y>
31. Rehna T, Hanif R, Um e Laila, Ali SZ. Life stress and somatic symptoms among adolescents: gender as moderator. *JPMA J Pak Med Assoc.* 2016; 66(11). https://jpma.org.pk/article-details/7972?article_id=7972
32. Bedard-Thomas KK, Bujoreanu S, Choi CH, Ibeziako PI. Perception and Impact of Life Events in Medically Hospitalized Patients With Somatic Symptom and Related Disorders. *Hosp Pediatr.* 2018; 8(11): p. 699-704.
<https://doi.org/10.1542/hpeds.2017-0197>
33. Bonvanie IJ, van Gils A, Janssens KAM, Rosmalen JGM. Sexual abuse predicts functional somatic symptoms: an adolescent population study. *Child Abuse Negl.* 2015; 46: p. 1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.06.001>
34. Devanarayana NM, Rajindrajith S, Perera MS, Nishanthanie SW, Karunanayake A,

- Benninga MA. Association Between Functional Gastrointestinal Diseases and Exposure to Abuse in Teenagers. *J Trop Pediatr*. 2014; 60(5): p. 386-92.
35. Thomson K, Randall E, Ibeziako P, Bujoreanu IS. Somatoform disorders and trauma in medically-admitted children, adolescents, and young adults: prevalence rates and psychosocial characteristics. *Psychosomatics*. 2014; 55(6): p. 630-9.
<https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.05.006>
36. Carlier IV, Hovens JG, Streevelaar MF, Van Rood YR, Van Veen T. Characteristics of suicidal outpatients with mood, anxiety and somatoform disorders: The role of childhood abuse and neglect. *Int J Soc Psychiatry*. 2016; 62(4): p. 316-26. <https://doi.org/10.1177/0020764016629701>
37. Silber TJ. Somatization Disorders: Diagnosis, Treatment, and Prognosis. *Pediatr Rev*. 2011; 32(2): p. 56-64.
<https://doi.org/10.1542/pir.32-2-56>
38. Van der Veek SMC, Derkx HHH, De Haan E, Benninga MA, Boer F. Abdominal pain in Dutch schoolchildren: relations with physical and psychological comorbid complaints in children and their parents. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2010; 51(4): p. 481-7.
<https://doi.org/10.1097/mpg.0b013e3181d51a59>
39. Gupta V, Singh A, Upadhyay S, Bhatia B. Clinical profile of somatoform disorders in children. *Indian J Pediatr*. 2011; 78(3): p. 283-6.
<https://doi.org/10.1007/s12098-010-0282-z>
40. Grüber C, Lehmann C, Weiss C, Niggemann B. Somatoform respiratory disorders in children and adolescents-proposals for a practical approach to definition and classification. *Pediatr Pulmonol*. 2012; 47(2): p. 199-205.
<https://doi.org/10.1002/ppul.21533>
41. McDonnell CJ, White KS, Grady RM. Noncardiac chest pain in children and adolescents: a biopsychosocial conceptualization. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2012; 43(1): p. 1-26.
<https://doi.org/10.1007/s10578-011-0240-7>
42. Logan DE, Williams SE, Carullo VP, Claar RL, Bruehl S, Berde CB. Children and adolescents with complex regional pain syndrome: more psychologically distressed than other children in pain? *Pain Res Manag*. 2013; 18(2): p. 87-93.
<https://doi.org/10.1155/2013/964352>
43. Park EG, Lee J, Lee BL, Lee M, Lee J. Paroxysmal nonepileptic events in pediatric patients. *Epilepsy Behav EB*. 2015; 48: p. 83-7.
<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.05.029>
44. Say GN, Tasdemir HA, İnce H. Semiological and psychiatric characteristics of children with psychogenic nonepileptic seizures: Gender-related differences. *Seizure*. 2015; 31: p. 144-8.
<https://doi.org/10.1016/j.seizure.2015.07.017>
45. Langhagen T, Schroeder AS, Rettinger N, Borggraefe I, Jahn K. Migraine-related vertigo and somatoform vertigo frequently occur in children and are often associated. *Neuropediatrics*. 2013; 44(1): p. 55-8.
<https://doi.org/10.1055/s-0032-1333433>
46. Galiano Ramírez MC, Castellanos Luna T, Moreno Mora T. Manifestaciones somáticas en un grupo de adolescentes con ansiedad. *Revista Cubana de Pediatría*. 2016; 88(2): p. 195-204.
<http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/108>
47. Ginsburg GS, Riddle MA, Davies M. Somatic Symptoms in Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45(10): p. 1179-87. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000231974.43966.6e>
48. Güleç MY, Altintas M, İnanç L, Bezgin ÇH, Koca EK, Güleç H. Effects of childhood trauma on somatization in major depressive disorder: The role of alexithymia. *J Affect Disord*. 2013; 146(1): p. 137-41.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.033>
49. Allen LB, Qian Lu, Tsao JCI, Hayes LP, Zeltzer LK. Depression partially mediates the relationship between alexithymia and somatization in a sample of healthy children. *J Health Psychol*. 2011; 16(8): p. 1177-86.
<https://doi.org/10.1177/1359105311402407>
50. Bohman H, Jonsson U, Von Knorring A-L, Von Knorring L, Päären A, Olsson G. Somatic symptoms as a marker for severity in adolescent depression. *Acta Paediatr Oslo Nor*. 2010; 99(11): p. 1724-30.
<https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01906.x>

51. Campo JV. Annual Research Review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression - developmental psychopathology in pediatric practice: Functional somatic symptoms, anxiety, and depression. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 53(5): p. 575-92. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02535.x>
52. Bae SM, Kang JM, Chang HY, Han W, Lee SH. PTSD correlates with somatization in sexually abused children: Type of abuse moderates the effect of PTSD on somatization. *PloS One*. 2018; 13(6): p. e0199138. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199138>
53. Rimvall MK, Jespersen CP, Clemmensen L, Munkholm A, Skovgaard AM, Verhulst F, et al. Psychotic experiences are associated with health anxiety and functional somatic symptoms in preadolescence. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019; 60(5): p. 524-32. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12986>
54. Cozzi G, Barbi E. Facing somatic symptom disorder in the emergency department. *J Paediatr Child Health*. 2019; 55(1): p. 7-9. <https://doi.org/10.1111/jpc.14246>
55. Gao X, McSwiney P, Court A, Wiggins A, Sawyer SM. Somatic Symptom Disorders in Adolescent Inpatients. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2018; 63(6): p. 779-84. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.06.026>
56. Garralda ME. Hospital management of paediatric functional somatic symptoms. *Acta Paediatr*. 2016 [citado 24 de mayo de 2020]; 105(5): p. 452-3. <http://doi.wiley.com/10.1111/apa.13337>
57. Bujoreanu S, Randall E, Thomson K, Ibeziako P. Characteristics of medically hospitalized pediatric patients with somatoform diagnoses. *Hosp Pediatr*. 2014; 4(5): p. 283-90. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2014-0023>
58. Malas N, Ortiz-Aguayo R, Giles L, Ibeziako P. Pediatric Somatic Symptom Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2017; 19(2): p. 11. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0760-3>
59. Valente KD, Alessi R, Vincentiis S, Santos BD, Rzezak P. Risk Factors for Diagnostic Delay in Psychogenic Nonepileptic Seizures Among Children and Adolescents. *Pediatr Neurol*. 2017; 67: p. 71-7. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2016.10.021>
60. Doss J, Caplan R, Siddarth P, Bursch B, Falcone T, Forgey M, et al. Risk factors for learning problems in youth with psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2017; 70(Pt A): p. 135-9. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.03.016>
61. Warner CM, Colognori D, Kim RE, Reigada LC, Klein RG, Browner-Elhanan KJ, et al. Cognitive-behavioral treatment of persistent functional somatic complaints and pediatric anxiety: an initial controlled trial. *Depress Anxiety*. 2011; 28(7): p. 551-9. <https://doi.org/10.1002/da.2082>
62. O'Connell C, Shafran R, Bennett S. A systematic review of randomised controlled trials using psychological interventions for children and adolescents with medically unexplained symptoms: A focus on mental health outcomes. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2020; 25(1): p. 273-90. <https://doi.org/10.1177/1359104519855415>
63. Randall ET, Smith KR, Kronman CA, Conroy C, Smith AM, Simons LE. Feeling the Pressure to Be Perfect: Effect on Pain-Related Distress and Dysfunction in Youth With Chronic Pain. *J Pain Off J Am Pain Soc*. 2018; 19(4): p. 418-29. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.11.012>
64. García Martín I, Miranda Vicario EM, Soutullo CA. Duloxetine in the treatment of adolescents with somatoform disorders: a report of two cases. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012; 40(3): p. 165-8. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/77/ENG/14-77-ENG-165-168-165532.pdf>
65. Miotto K, Kaufman A, Kong A, Jun G, Schwartz J. Managing co-occurring substance use and pain disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2012; 35(2): p. 393-409. <https://doi.org/10.1017/s0033291714002840>
66. Shanahan L, Zucker N, Copeland WE, Bondy CL, Egger HL, Costello EJ. Childhood somatic complaints predict generalized anxiety and depressive disorders during young adulthood in a community sample. *Psychol Med*. 2015; 45(8): p. 1721-30. <https://doi.org/10.1017/s0033291714002840>

67. Ruchkin V, Schwab-Stone M. A longitudinal study of somatic complaints in urban adolescents: the role of internalizing psychopathology and somatic anxiety. *J Youth Adolesc.* 2014; 43(5): p. 834-45.
<https://doi.org/10.1007/s10964-013-9966-9>
68. Shelby GD, Shirkey KC, Sherman AL, Beck JE, Haman K, Shears AR, et al. Functional abdominal pain in childhood and long-term vulnerability to anxiety disorders. *Pediatrics.* 2013; 132(3): p. 475-82.
<https://doi.org/10.1542/peds.2012-2191>
69. Klineberg E, Rushworth A, Bibby H, Bennett D, Steinbeck K, Towns S. Adolescent chronic fatigue syndrome and somatoform disorders: a prospective clinical study. *J Paediatr Child Health.* 2014; 50(10): p. 775-81.
<https://doi.org/10.1111/jpc.12653>
70. Yadav A, Agarwal R, Park J. Outcome of psychogenic nonepileptic seizures (PNES) in children: A 2-year follow-up study. *Epilepsy Behav EB.* 2015; 53: p. 168-73.
<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.10.017>