



ARTÍCULO ESPECIAL

Somatizaciones en la infancia y en la adolescencia: una guía para comprenderlas mejor

Azucena Díez-Suárez^{a,*} y Cecilia Hernández-González^b

^a Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^b Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz, España

Recibido el 26 de enero de 2024; aceptado el 7 de agosto de 2024

PALABRAS CLAVE

Síntomas somáticos;
Trastornos de
síntomas somáticos;
Niños y adolescentes

KEYWORDS

Somatic symptoms;
Somatic disorders;
Children and
adolescents

Resumen Las somatizaciones afectan aproximadamente al 25% de los niños y adolescentes, en el 10% ocasionan un impacto importante, y los trastornos de somatización al 1-3% de la población. Además de los trastornos somatomorfos, el trastorno de ansiedad por enfermedad (o hipocondría), los conversivos y los trastornos facticios pueden ser motivos de consulta habituales. Las somatizaciones se asocian a síntomas de ansiedad y depresivos a lo largo de la vida. Los falsos mitos relativos a las somatizaciones son frecuentes y es imprescindible que todos los profesionales que tratan a niños estén familiarizados con ellos. La base del tratamiento de las somatizaciones es la elaboración de un programa de rehabilitación individualizado, cuyo objetivo principal es volver de forma progresiva a la normalidad. Lo puede dirigir un pediatra, un psiquiatra o un psicólogo, pero el abordaje siempre debe ser interdisciplinar, incluyendo a enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, profesores u orientadores escolares. La evidencia de los tratamientos es limitada, pero la terapia cognitivo-conductual y los antidepresivos en los casos más graves o de comorbilidad psiquiátrica son efectivos. Se debe indicar un uso racional de los analgésicos, favoreciendo las medidas no farmacológicas para el dolor.

© 2024 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Somatization in childhood and adolescence: a guide to facilitate its understanding

Abstract Somatic symptoms affect approximately 25% of children and adolescents, with a significant impact in 10%, and somatization disorders affect 1% to 3% of the population. In addition to somatic symptom disorder, illness anxiety disorder (or hypochondria), conversion disorder and factitious disorder may be common reasons for seeking care. Somatization is associated with anxiety and depressive symptoms throughout the lifespan. There are widespread myths

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adiez@unav.es (A. Díez-Suárez).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.503711>

1695-4033/© 2024 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

regarding somatization, and it is essential that all professionals who treat children are familiar with them. The basis of the treatment of somatization is the development of an individualized rehabilitation program with the main goal of gradually returning to normal function. A paediatrician, psychiatrist or psychologist can direct the treatment, but the approach must always be interdisciplinary, including nursing staff, physical and occupational therapists, teachers or school counsellors. There is limited evidence on the treatment of somatic symptoms, but cognitive behavioural therapy and antidepressants have been found to be effective in cases of greater severity or with psychiatric comorbidity. Analgesics should be used rationally, favouring non-pharmacological pain management measures.

© 2024 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introducción

Las somatizaciones se definen como la experiencia de síntomas físicos en ausencia de resultados anormales en las exploraciones realizadas. Su origen es mental, pero los pacientes sufren síntomas físicos en lugar de síntomas psicológicos. En las somatizaciones, y en especial en los trastornos de somatización, el paciente y su familia suelen atribuir los síntomas a otro tipo de enfermedad, a pesar de que las exploraciones físicas y las pruebas complementarias demuestran lo contrario. Los trastornos de somatización pueden llegar a ser muy graves y generar un impacto irreversible en la vida del niño, futuro adulto y su familia. Los fenómenos de somatización son precursores de trastornos psicopatológicos, en especial de ansiedad y depresivos. El consenso actual sugiere que el término somatización o somatomorfo es más adecuado, teniendo en cuenta las connotaciones de las otras denominaciones:

- Funcional: hace referencia a la función del síntoma, pero no en todos los casos existe una función, o esta puede ser inconsciente
- Psicógeno (*psyche* «alma», *geno* «engendrar»): se puede confundir con los trastornos facticios
- No orgánico: incorrecto, porque todos los síntomas y los trastornos psiquiátricos se originan en un órgano: el cerebro

Falsos mitos sobre las somatizaciones

Las somatizaciones, sobre todo si son moderadas o severas, son difíciles de comprender, y resultan frustrantes para los profesionales de la salud. Debido a que los síntomas no se corresponden al modelo clásico en medicina: síntoma/hallazgo en una exploración, el escepticismo es habitual. Los profesionales que las atienden se ven desbordados por la frecuencia de consultas, la presión asistencial y la tensión que se genera con las familias y los niños. Los falsos mitos existentes acerca de las somatizaciones están muy extendidos en nuestra sociedad, y se dan también en el personal médico. Algunos de los más frecuentes son¹:

- Los que somatizan son más débiles

- Los niños se inventan los síntomas, quieren llamar la atención o huir
- La familia tiene la culpa
- Si le realizan muchas pruebas médicas, encontrarán lo que le ocurre
- Si no le hago caso, se le pasará
- Con mano dura, irá al colegio

Los pediatras y el resto de profesionales deben contribuir a derribar estos prejuicios, para ello es crucial una buena formación, reclamar consultas con suficiente tiempo para dedicar a explicarles la naturaleza de su padecimiento, al niño y a la familia. El apoyo de profesionales de la salud mental puede ser necesario en los casos más graves, pero desde el primer momento el enfoque inicial es esencial para afrontar la situación, dejar de hacer pruebas innecesarias y enseñar a los padres a actuar ante los síntomas para que no empeoren y se vayan extinguiendo.

Tipos de síntomas y trastornos

Prácticamente cualquier síntoma físico puede ser una somatización, siendo por supuesto los más frecuentes los inespecíficos, como la astenia o los dolores, principalmente cefalea, abdominalgia o lumbalgia. Los síntomas de tipo neurológico merecen una mención especial, y cuentan con una entidad propia: los trastornos denominados conversivos, en los que aparecen parálisis, parestesias, etc. En algunos casos, las somatizaciones pueden adquirir formas menos frecuentes o incluso extravagantes, como estornudos, sordera, embarazos...

Cuando las somatizaciones son muy frecuentes, intensas o impactan mucho en la vida del niño, se les denomina trastornos de somatización. Están reconocidos en los sistemas de clasificación DSM-5 y CIE-11 (tabla 1). Todos requieren la presencia de los criterios durante al menos 6 meses. Los criterios no difieren en niños y adultos²⁻⁴: A continuación, se resumen las características de los principales trastornos:

Trastorno de síntomas somáticos o somatomorfo

Los síntomas generan problemas significativos en la vida diaria, como absentismo escolar, disminución de las activi-

Tabla 1 Trastornos de síntomas somáticos según el DSM-5

1. Trastorno de síntomas somáticos (300.82)
2. Trastorno de ansiedad por enfermedad (300.7)
3. Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales) (300.11)
4. Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas (316)
5. Trastorno facticio (300.19)
6. Otros trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados (300.89)
7. Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados (300.82)

DSM-5: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition.*

dades o aislamiento social. Los pensamientos y sentimientos relacionados con estos síntomas son desproporcionados, persistentes y se asocia ansiedad. El niño (y su familia) «consagran» (este es término que emplean en el DSM-5, muy ilustrativo) mucho tiempo y energía a la preocupación por la salud.

Trastorno de ansiedad por enfermedad

Clásicamente conocido como hipocondría, consiste en una preocupación excesiva por contraer o padecer una enfermedad, pero a diferencia del anterior, no existen síntomas somáticos o son leves. La ansiedad relacionada es muy intensa, así como los comportamientos con respecto a la enfermedad, que pueden ser excesivos, consultando y solicitando pruebas de forma desproporcionada o, al contrario, evitando consultar por esta excesiva angustia asociada.

En la asistencia pediátrica es habitual que se dé una combinación «fatal» en la que el hijo tiene tendencia a somatizar y el padre o la madre presentan pensamientos hipocondriacos. Esta situación es mucho más habitual, y se puede confundir con los trastornos facticios por poderes, que son mucho menos frecuentes.

Trastornos de conversión

El síntoma principal es una alteración de la función motora o sensitiva, y los hallazgos clínicos en las pruebas realizadas no son compatibles con el síntoma referido. Los más frecuentes son los síncope y las pseudoconvulsiones. Para distinguir las convulsiones epilépticas de las pseudocrisis es muy útil realizar una anamnesis completa explorando las diferentes facetas del niño o adolescente (colegio, amigos, familia) y el empleo de vídeos domésticos. Además de la existencia de factores estresantes que puedan actuar como precipitantes, se han propuesto algunos signos y síntomas para distinguirlos. Los movimientos asíncronos, de empuje pélvico o las posturas en opistótonos, así como la somnolencia posterior que resulta fácil de distraer con otros estímulos, o la presencia de crisis solo en determinados lugares o situaciones, sugieren la presencia de pseudoconvulsiones⁵.

Trastornos facticios

Aunque se engloban en este grupo de trastornos, los facticios son situaciones diferentes, en los que el niño falsifica intencionadamente los síntomas, lesiones o enfermedades⁶. En estos casos «no les duele de verdad». Un ejemplo clásico sería acercar el termómetro a una fuente de calor simulando fiebre. En los trastornos facticios por poderes, son los padres o cuidadores principales los que simulan los síntomas. Las ganancias en estos casos pueden ser de distinto tipo: evitar situaciones temidas (ir al colegio), obtener beneficios materiales (ganar dinero, ayudas o reconocimiento social), o recompensas psicológicas (mantenerse ingresado, que sus padres no se divorcien). En algunos casos, el mismo niño o adolescente pueden presentar a lo largo de su vida síntomas somatomorfos y facticios a la vez, o en diferentes momentos.

Epidemiología ¿A cuántos niños afecta?

Se estima que un 25% de la población menor de 18 años se queja de uno o más síntomas de este tipo a la semana. De todos los niños que acuden al pediatra por cualquier motivo, aproximadamente un 10% tienen síntomas físicos no atribuibles a ninguna enfermedad constatable, pero que interfieren de forma relevante en su día a día⁷. La prevalencia estimada de los trastornos somatomorfos es aproximadamente entre el 1-3%⁸⁻¹⁰. Estas quejas suelen afectar a su calidad de vida, adaptación familiar, social, a su desarrollo cognitivo y escolar y a su estado de ánimo. Los más frecuentes son los trastornos somatomorfos, seguidos del trastorno conversivo. Los síntomas que más se presentan son la cefalea, la abdominalgia, los dolores generalizados y el «nudo» en la garganta. Las pseudocrisis y los síncope son los más habituales de los conversivos⁸. En general todas las somatizaciones son más frecuentes en el sexo femenino, y la edad de presentación es más tardía para los trastornos conversivos que los somatomorfos^{9,10}.

Factores de riesgo

No existe un factor único para el desarrollo de somatizaciones. Unos son de índole personal, otros familiares o ambientales. Los niños que sufren enfermedades o conviven con ellas en su entorno, entre sus seres queridos, tienen más posibilidades de presentar, además, también somatizaciones. Es decir, que no solo es posible, sino más probable, sufrir a la vez somatizaciones y otras enfermedades. En la [tabla 2](#) se resumen los principales factores de riesgo para las somatizaciones. Unos niños somatizan más que otros, las características personales que les hacen vulnerables son¹¹⁻¹³:

- Dificultad para la expresión verbal y en especial para la expresión de emociones (tendencia a la alexitimia)
- Temperamento perfeccionista, preocupadizo, obsesivo, inseguro, miedoso, que implican estrategias de afrontamiento menos efectivas
- Menor umbral para el dolor ([fig. 1](#))

Tabla 2 Factores de riesgo de somatización en niños y adolescentes

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

Fuente: Adaptado de Garralda, 2005¹⁴.

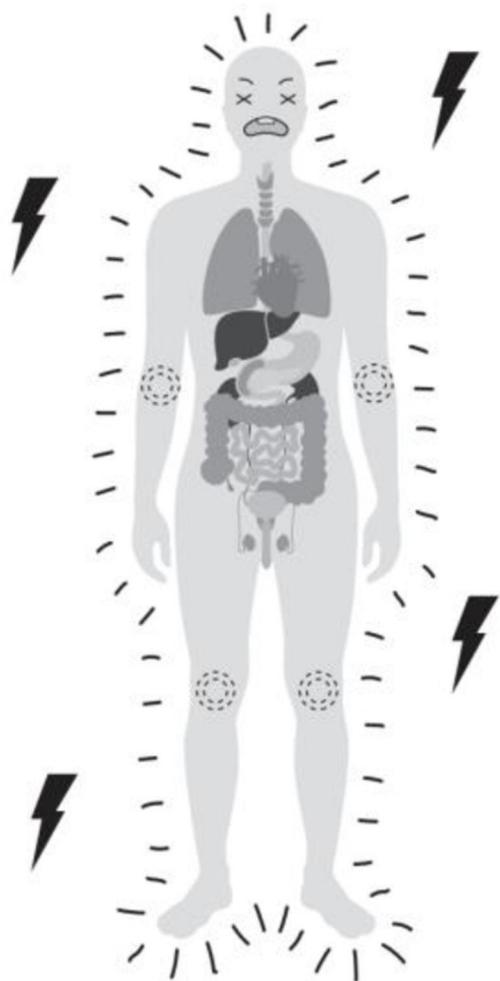


Figura 1 Umbral del dolor.

Las dificultades o los cambios familiares, tales como problemas conyugales, mudanzas, enfermedades o fallecimientos, así como por supuesto el trato negligente o cualquier tipo de abuso y la presencia a las somatizaciones recurrentes en los padres, pueden influir en las somatizaciones de los niños¹³. Los estilos educativos extremos, como el autoritario e invalidante como, sobre todo, el sobreprotector, son factores de riesgo para la aparición y aún más para la cronificación de las somatizaciones¹. Una de las complicaciones más habituales es el absentismo o rechazo escolar, por lo que se debe indagar si el niño sufre por el colegio. Puede ser por dificultades académicas o por ser víctima de rechazo o acoso escolar por parte de iguales o cualquier tipo de violencia por parte del profesorado u otros adultos que se relacionan con él^{13,14}.

Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos

La presencia de otros trastornos psiquiátricos en niños con trastornos de somatización es muy habitual, se estima que entre el 50 y hasta el 90% de los menores con trastornos de somatización los presentan^{10,11,15,16}. Por ejemplo, el riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad se multiplica por cinco en niños con dolor abdominal recurrente¹¹. En el dolor crónico en adolescentes, el riesgo de cualquier tipo de trastorno psiquiátrico aumenta entre 2 y 3 veces¹⁶. No solo tienen más trastornos de ansiedad, depresivos o de estrés posttraumático, sino también más trastornos negativistas y disociales, de conducta alimentaria y abuso de sustancias¹⁶. Se ha propuesto un mecanismo dosis – respuesta en esta asociación, de modo que cuanto más graves son las somatizaciones, más impacto ocasionen en la vida del niño, más psicopatología asocian¹⁵.

Tratamiento de las somatizaciones

La elección del tratamiento óptimo para las somatizaciones depende de su gravedad, el grado de sufrimiento e incapacidad asociada. Sin embargo, la esencia de la terapia es la misma: evitar todo aquello que le aleje de la normalidad y para conseguir este objetivo es imprescindible un programa de rehabilitación interdisciplinar y coordinado. Cuanto mayor sea la formación en las bases de las somatizaciones de todos los profesionales implicados en la vida del niño, mejor evolución tendrá ese paciente. Debido al escepticismo y los falsos mitos antes mencionados, la insatisfacción e incompreensión en los niños y sus familias suele ser un punto de partida.

El primer paso es explicar las características de los síntomas somáticos y transmitir un mensaje claro y unificado a la familia y al niño, según su nivel de desarrollo, dejando de hacer pruebas innecesarias, evitando que acudan a más especialistas. Las evidencias con respecto a los tratamientos en los trastornos de somatización son limitadas, debido a la heterogeneidad de los síntomas, la clasificación, la desconfianza, la falta de formación y las condiciones de las consultas en atención primaria. En general la aplicación de psicoterapias de tipo cognitivo-conductual y la toma de anti-depresivos en los casos de comorbilidad psiquiátrica, que son la mayoría, han mostrado efectividad^{17,18,25}.

El programa será individualizado para cada niño, situación y familia en particular, guiado por un equipo multidisciplinar que puede incluir: psicólogos, psiquiatras, pediatras, neuropediatras, enfermeras, auxiliares, fisioterapeutas, rehabilitadores, logopedas, etc. Para el éxito del tratamiento, es imprescindible la participación de la familia y al colegio, así como otros entornos importantes en la vida del niño^{8,25}. Puede ser necesario el uso de medicación para reducir la ansiedad o la depresión, y hay que limitar el uso de otros fármacos, como analgésicos. El uso de placebos rara vez ayuda. En casos graves, puede ser necesario el ingreso en pediatría o en psiquiatría.

Intervenciones cognitivo-conductuales

Las intervenciones cognitivo-conductuales son intervenciones orientadas a identificar y cambiar pensamientos y comportamientos menos adaptativos, que nos alejan de la normalidad, que favorecen que el síntoma siga estando presente, para poder adquirir otros más adaptativos y adecuados. Son el tratamiento de elección, y la aplicación de psicoterapia no excluye otros tratamientos, como fisioterapéuticos o medicación. La terapia cognitivo conductual ha sido estudiada en la fatiga crónica, resultando efectiva en varias poblaciones pediátricas^{22,24}. El objetivo principal es mejorar la capacidad funcional y de afrontamiento del niño ante las diferentes situaciones²³. En muchos casos se le enfoca hacia un mensaje de «convivir con el síntoma». Para esto es importante el entrenamiento junto a sus familiares en técnicas específicas para afrontar los síntomas: estrategias de distracción, afrontamiento, extinción, entrenamiento en relajación y activación conductual²³. La educación en el uso racional y moderado de analgésicos o la práctica de ejercicio físico individualizado para solucionar problemas musculares también se suelen incluir como estrategias ante el dolor psicósomático o la fatiga. Se debe empezar con metas sencillas e ir incrementando progresivamente las actividades (incluyendo el ir al colegio poco a poco, y hacer los deberes) hasta conseguir la total normalidad de las actividades diarias.

Entrenamiento en técnicas de relajación y *mindfulness*

Una de las técnicas más utilizadas y efectivas entre los 4 y los 12 años aproximadamente, es la relajación para niños de Koeppen. Se trata de una serie de sesiones guiadas por un profesional y posteriormente por familiares entrenados, de tal forma que se irá explicando verbalmente al niño lo que tiene que ir haciendo. Para su entrenamiento es recomendable buscar un momento tranquilo, cómodo y practicar las sesiones una vez aprendidas todos los días. Habitualmente se recomienda practicarlo al mediodía y por la noche, ya que durante el día se va acumulando tensión en nuestro cuerpo y preocupaciones. La relajación supondría un rato agradable y cómodo que consigue reducir esa tensión y preocupaciones.

El *mindfulness* consiste en un entrenamiento enfocado a prestar atención a la actividad que se está realizando en cada momento concreto, tratando de evitar que los pensamientos divaguen en el pasado o en el futuro. Existen

Tabla 3 Fases de la terapia familiar

1. Acomodación y evaluación
Analizar la derivación y esclarecer el motivo de la consulta
Presentación de la psicoterapia y encuadre
Establecer coordinación multidisciplinar
Crear alianza terapéutica
Conocer la organización y estructura del sistema familia
Conocer los mitos y la narrativa del sistema familiar
Evaluar el ciclo vital de la familia, del paciente identificado y de la pareja
Destacar los patrones de comunicación patológicos
Diagnóstico de las soluciones intentadas ineficaces
Plantear objetivos terapéuticos y orden de los mismos
Evaluación psicométrica
2. Restructuración e intervención
Dotar al síntoma de significado relacional
Bloqueo de paradojas disfuncionales
Modificación de la estructura familiar
Crear patrones de comunicación directa
Reforzar la destriangulación y la reconfirmación
Anular luchas de poder
Construcción de una narrativa alternativa
Favorecer la individuación de PI
Incrementar la conciencia somática e interoceptiva
Reforzar la adherencia a la terapia medica
3. Prevención de recaídas y seguimiento
Normalización y prevención de recaídas
Trabajo de áreas extrafamiliares
Evaluación psicométrica

PI: paciente identificado.

Fuente: Adaptada de Gómez Holgado²¹.

programas de *Mindfulness* adaptados a niños y adolescentes, con evidencias crecientes en múltiples enfermedades¹⁹.

Intervenciones familiares específicas

Es evidente que en nuestra vida, uno de los pilares más significativos e influyentes es la familia, más en el caso de niños y adolescentes. Las intervenciones centradas en toda la familia y no solo en el paciente y el síntoma permiten analizar la forma de relacionarse de los miembros y la interacción entre ellos. La terapia familiar no está indicada en todos los casos de somatizaciones, pero en la mayoría la comprensión de sus bases es útil para resolverlas. En muchos casos de trastornos somatomorfos el síntoma actúa como un factor que cohesionaba a la familia «Si me curo, mis padres se separarán» es un argumento habitual en niños con somatizaciones graves^{20,21}. En la [tabla 3](#) se muestran las diferentes etapas y objetivos de la terapia familiar sistémica.

Intervenciones farmacológicas: medicación

El uso de placebo

En los niños el efecto placebo suele ser aún más notable que en los adultos. Si bien es cierto que, algunas personas, en especial las que son muy sugestionables, les puede

Tabla 4 Principales psicofármacos utilizados en las somatizaciones

		Beneficios	Indicaciones
Antidepresivos	De tipo ISRS: sertralina, fluoxetina, escitalopram, paroxetina, fluvoxamina	Reducen los síntomas de ansiedad, depresivos	Dosis similares a los adultos Tardan 2-4 semanas en comenzar su efecto No generan dependencia
	De tipo «dual»: duloxetina, bupropion, venlafaxina	Similar a los ISRS, algunos reducen más umbral del dolor	
Benzodiacepinas	Lorazepam, clonacepam, clorazepato dipotásico, alprazolam, bromacepam, midazolam	Efecto sedante inmediato, en el día, con diferentes duraciones de acción	Pueden producir tolerancia y dependencia, y reducir la concentración. Usar por tiempo limitado.
	Hipnóticos: lormetazepam, zolpidem, zopiclona	Facilitan el sueño en pocos minutos, efecto corto en el tiempo	—
Antipsicóticos o neurolépticos	Risperidona, paliperidona, aripiprazol, olanzapina, quetiapina, lurasidona	Efecto sedante, reducen la intensidad e interferencia de los pensamientos	Pueden asociarse a aumento de peso, sedación excesiva, efectos neurológicos o alteraciones metabólicas (requieren realización de análisis de sangre)

ISRS: inhibidores selectivos de recaptación de serotonina.

ayudar a mejorar, nunca es la única ni la mejor solución. Por tanto, en general, el uso de placebos, tales como cápsulas vacías o sueros sin medicación alguna, o productos de farmacia sin efectividad probada, no suelen estar recomendados para tratar las somatizaciones. En algunos casos se puede emplear de forma puntual para una confirmación diagnóstica.

Uso racional de analgésicos

Cuando la expresión de la somatización es en forma de dolor, los niños suelen estar tomando analgésicos, antiinflamatorios o incluso en los más graves incluso derivados opiáceos. Es típico en las somatizaciones que presenten una mala respuesta, o solo al principio, de forma transitoria, por lo que el uso en muchos casos es excesivo. Por definición, los analgésicos no están indicados en las somatizaciones, por lo que el objetivo es retirarlos del todo. Es responsabilidad de todos los equipos médicos, ayudar a los pacientes con somatizaciones y sus familias a hacer un uso racional de estos medicamentos. El empleo de técnicas no químicas para el dolor, tales como de rehabilitación, relajación o incluso hipnosis se debe plantear como alternativa¹⁷.

Psicofármacos

Los principales tipos de medicamentos que se pueden emplear para la mejoría de las somatizaciones son los mismos que se prescriben para la depresión o la ansiedad, principalmente antidepresivos, aunque también benzodiacepinas o antipsicóticos^{10,11}. Los antidepresivos se deben indicar en casos de comorbilidad con ansiedad o depresión^{1,16,17}. Algunos como la duloxetina, aunque no tienen indicación en niños y adolescentes, reducen el umbral del dolor¹⁶. En la [tabla 4](#) se resumen los principales psicofá-

macos y sus posibles beneficios, así como las precauciones a tener en cuenta.

Evolución y pronóstico

Las somatizaciones que no constituyen un trastorno se presentan en la mayor parte de la población en algún momento, y la evolución habitual es a la remisión, siempre que se identifiquen correctamente y se conozca su naturaleza. En las personas con tendencia a somatizar, pueden cronificarse, y en estos casos es muy habitual que estos adultos presenten además síntomas de ansiedad y depresivos²⁶. Los trastornos de somatización asocian un grado de discapacidad similar al de la depresión, con un impacto tremendo en la calidad de vida, así como enormes costes asociados por gastos médicos e incapacidades laborales en la edad adulta⁷. Si el tratamiento es adecuado, la infancia es una gran oportunidad para evitar esta evolución. Estudios realizados en adultos sugieren que aproximadamente dos tercios de las somatizaciones desaparecen, la mitad persisten en un año y 10% toda la vida. Los factores asociados a un peor pronóstico son: sexo femenino, síntomas neurológicos, depresión asociada y psicopatología en los padres^{7,9}. Esta evolución depende de la presencia de factores perpetuantes o no, y el acceso a un tratamiento correcto. En la mayoría de los casos, en especial en los trastornos conversivos, el pronóstico es mucho mejor que el que podrían tener otras enfermedades, tales como tumores, epilepsia, o trastornos degenerativos. Este suele constituir un punto clave a destacar cuando se trabaja con las familias de niños con trastornos conversivos.

Conclusiones

Las somatizaciones son muy frecuentes en niños y adolescentes, y los trastornos de somatización afectan entre el 1-2%.

En más de la mitad de los casos se asocian a psicopatología, principalmente ansiedad y depresión, pero también otros trastornos. Los factores que se han asociado a su aparición son algunos rasgos de personalidad (introversión, inseguridad), las dificultades en la expresión verbal, la disfunción familiar y la presencia de enfermedades o situaciones de abuso. El impacto de los trastornos de somatización es comparable al de la depresión, afectando a las funciones cognitivas, sociales y laborales en un futuro. El tratamiento se basa en la aplicación de un plan individualizado de rehabilitación, cuyo objetivo es recuperar la normalidad. Existe evidencia de que la psicoterapia cognitivo-conductual y los antidepresivos mejoran las somatizaciones. El pronóstico suele ser favorable en la mayoría de los casos, siendo peor en las mujeres o si los padres presentan también psicopatología.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Díez A, Hernández C. Somatizaciones en niños y adolescentes. Madrid: Editorial Plataforma; 2023. ISBN: 978-84-19655-80-6.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Organización Mundial de la Salud. CIE-11. Trastornos Mentales y del Comportamiento. 11.^a revisión de la clasificación Internacional de las enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Organización mundial de la salud.
4. Schulte IE, Petermann F. Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! What about children and adolescents? *J Psychosom Res.* 2011;70:218–28, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.08.005>.
5. Leibetseder A, Eisermann M, LaFrance WC Jr, Nobili L, von Oertzen TJ. How to distinguish seizures from non-epileptic manifestations. *Epileptic Disord.* 2020;22:716–38, <http://dx.doi.org/10.1684/epd.2020.1234>.
6. Bass C, Glaser D. Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *Lancet.* 2014;383:1412–21, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62183-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62183-2).
7. Creed FH, Davies I, Jackson J, Littlewood A, Chew-Graham C, Tomenson B, et al. The epidemiology of multiple somatic symptoms. *J Psychosom Res.* 2012;72:311–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.01.009>.
8. Jordan KM, Ayers PM, Jahn SC, Taylor K, Huang C-F, Richman J, et al. Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome-like illness in children and adolescents. *J Chronic Fatigue Syndr.* 2000;6:3–21.
9. Gupta V, Singh A, Upadhyay S, Bhatia B. Clinical profile of somatoform disorders in children. *Indian J Pediatr.* 2011;78:283–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s12098-010-0282-z>.
10. Lieb R, Pfister H, Mastaler M, Wittchen HU. Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: Prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;101:194–208.
11. 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;132:475–82, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-2191>.
12. Fiertag O, Taylor S, Tareen A, Garralda E. Somatic symptom, bodily distress and related disorders in children and adolescents. En: Rey JM, Martin A, editores. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health.* Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2019.
13. Sar V, Akyüz G, Kundakçı T, Kiziltan E, Dogan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry.* 2004;161:2271–6, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2271>.
14. Garralda ME. Functional somatic symptoms and somatoform disorders in children. En: Gillberg C, Harrington R, Steinhausen HC, editores. *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry.* Cambridge University Press; 2005. p. 246–68.
15. Campo JV. Annual research review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression-developmental psychopathology in pediatric practice. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012;53:575–92, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02535.x>.
16. Tegethoff M, Belardi A, Stalujanis E, Meinschmidt G. Comorbidity of Mental Disorders and Chronic Pain: Chronology of Onset in Adolescents of a National Representative Cohort. *J Pain.* 2015;16:1054–64, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2015.06.009>.
17. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. *Psychosom Med.* 2007;69:881–8, <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b00c4>.
18. Pérez Moreno MR, Alonso González IM, Gómez-Vallejo S, Moreno Pardillo DM. Trastornos somatomorfos y síntomas somáticos funcionales en niños y adolescentes. *Rev psiquiatr infan juv.* 2021;38:41–58, <http://dx.doi.org/10.31766/revpsij.v38n2a4>.
19. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2013;33:763–71.
20. Hoffman L. Fundamentos de la Terapia Familiar. México: Ed. FCE; 1981. p. 1987.
21. Gomez Holgado F. Guía de tratamiento psicoterapéutico sistémico en trastornos psicósomáticos en niños, adolescentes y familias. *Cuadernos de Salud mental.* 2012:6.
22. Thompson RD, Delaney P, Flores I, Szigethy E. Cognitive-behavioral therapy for children with comorbid physical illness. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2011;20:329–48, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.013>.
23. Husain K, Browne T, Chalder T. A Review of Psychological Models and Interventions for Medically Unexplained Somatic Symptoms in Children. *Child Adolesc Ment Health.* 2007;12:2–7, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00419.x>.
24. Whiting P, Bagnall AM, Sowden AJ, Cornell JE, Mulrow CD, Ramirez G. Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: A systematic review. *JAMA.* 2001;286:1360–8, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.286.11.1360>. Erratum in: *JAMA* 2002;287:1401.
25. Calvert P, Jureidini J. Restrained rehabilitation: an approach to children and adolescents with unexplained signs and symptoms. *Arch Dis Child.* 2003;88:399–402, <http://dx.doi.org/10.1136/adc.88.5.399>.
26. Hinton D, Kirk S. Families' and healthcare professionals' perceptions of healthcare services for children and young people with medically unexplained symptoms: A narrative review of the literature. *Health Soc Care Community.* 2016;24:12–26, <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12184>.