

Los trastornos psicósomáticos en el niño y el adolescente

The psychosomatic disorders in children and adolescents

Dra. Isabel María Sánchez Boris^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4892-4144>

¹Policlínico El Cristo. Santiago de Cuba, Cuba

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: maria.bory@infomed.sld.cu

RESUMEN

Los trastornos psicósomáticos se caracterizan por manifestaciones somáticas de origen no patológico y poseen una significativa prevalencia en niños y adolescentes; sin embargo, resulta difícil identificarlos, pues no existe un consenso adecuado para su diagnóstico y las investigaciones acerca del tema son insuficientes. Lo anterior condujo a efectuar el presente artículo, en el que se abordan aspectos etiopatogénicos y clinicoepidemiológicos que proporcionan los principales elementos para identificar dichos trastornos y establecer un diagnóstico acertado; asimismo se destaca que estas afecciones son frecuentes en poblaciones infantojuveniles con rasgos de introversión y/o antecedentes personales y familiares de enfermedades físicas y mentales, y que su causa es multifactorial, aunque entre los muchos factores sobresalen la vulnerabilidad al estrés, la disfunción familiar, la sobreprotección parental, así como también las situaciones precipitantes (acoso escolar, separación de los padres, abuso sexual) y las perpetuadoras; estas últimas están condicionadas por los beneficios primario y secundario que los menores obtienen de estos padecimientos.

Palabras clave: trastorno psicósomático; trastorno de síntomas somáticos; niño; adolescente.

ABSTRACT

The psychosomatic disorders are characterized by somatic signs of non-pathological origin which possess a significant prevalence in children and adolescents; however, it is difficult to identify them, because there is no appropriate consent for its diagnosis and the investigations about the topic are insufficient. That is the reason why we decided to carry out the present work, in which some etiopathogenic, clinical and epidemiological aspects are approached that provide the main elements to identify these disorders and to establish a good diagnosis; it is also relevant that these disorders are frequent in juvenile populations with introversion features and/or personal and family history of physical and mental diseases, with multifactorial cause, although among the many relevant factors we can mention vulnerability to stress, family dysfunction, parental overprotection, as well as the precipitant situations (school harassment, parents' separation, sexual abuse) and the permanent situations; the latter are conditioned by the primary and secondary benefits that minors obtain with these sufferings.

Key words: psychosomatic disorder; somatic symptoms disorder; child; adolescent.

Recibido: 22/05/2020

Aprobado: 03/07/2020

Introducción

Históricamente la medicina psicosomática ha constituido un área específica de dilema y estudio por parte de los profesionales de la salud mental y de otras especialidades afines, desde su propia denominación (término psicosomático) del griego psyché ($\psi\bar{\upsilon}\chi\etá$), que significa “alma humana”, y soma ($\sigma\bar{\omega}\mu\alpha$), “cuerpo”, la cual se refiere al modo en que la mente afecta al cuerpo; en estos dos elementos básicos del ser humano, proyectados en una sola unidad, se inspira dicha disciplina, en la cual lo biológico y lo psicológico son inseparables.^(1,2)

Los primeros estudios de la medicina psicosomática infantil se remontan a los inicios del siglo XX, cuando Sigmund Freud, principal teórico que unió “psyché y “soma”, demostró la importancia de las emociones en el origen de los trastornos mentales y las enfermedades somáticas, partiendo del análisis de la niñez de aquellos pacientes adultos que las padecían. Bajo el impulso del psicoanálisis se desarrolló el concepto de enfermedad psicosomática, lo que permitió encontrar una psicogénesis en algunas entidades clínicas que aquejaban a los niños.^(2,3,4)

También a la luz de la influencia psicoanalítica, en 1911, Stekel estableció el concepto del mecanismo básico de estos trastornos: la somatización, considerado como de supervivencia (ante la angustia producida por un conflicto psíquico) y que consiste en un “trasvase” de lo psíquico a lo somático, al afectarse uno o varios órganos con “valor simbólico” o minusvalía fisiogenética previa y manifestarse un conjunto de características clínicas y conductuales indicativas de que una persona está experimentando trastornos psicológicos a través de síntomas físicos (somáticos) que no pueden explicarse por los hallazgos patológicos, y cuya producción no es consciente ni atribuible a una enfermedad; en esta función defensiva —cuando el síntoma está presente— la angustia desaparece. Posteriormente, con el beneficio de los avances científico-técnicos y el consenso de las diversas escuelas psicológicas, Lipowski enunció la somatización como la “tendencia a experimentar y comunicar *distress* somático y síntomas no explicados por hallazgos patológicos para atribuir la enfermedad física y buscar ayuda médica por ellos”.⁽²⁻⁵⁾

Los trastornos psicosomáticos han sido denominados análogamente como trastornos somatomorfos y conforman diversos cuadros clínicos que cursan con una característica común: la relevancia de síntomas somáticos vinculados a malestar psíquico y deterioro significativo, que van desde dolores simples hasta dolencias funcionales invalidantes sin explicación en una condición patológica general, consumo de sustancias, simulación u otra enfermedad mental.^(1,6,7)

Con referencia a lo anterior, en la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales DSM-5®*, estos han sido reconceptualizados en la categoría de “trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados”, donde se agrupan los siguientes:^(1,7)

- Trastornos de síntomas somáticos.
- Trastorno de ansiedad por enfermedad (hipocondría).
- Trastorno de síntomas neurológicos funcionales o de conversión.
- Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.
- Trastorno facticio (síndrome de Münchhausen).
- Otros trastornos por síntomas somáticos especificados y no especificados.

El inicio de la enfermedad psicosomática habitualmente se establece en la infancia o la adolescencia. El niño, como paciente, no está exento de este tipo de trastorno, todo lo contrario, cuenta con una especial vulnerabilidad para somatizar, pues de esa manera representa su sufrimiento a través de un síntoma físico, generado ante situaciones conflictivas, y esta expresión somática es un pedido de ayuda ante la amenaza de ruptura de su equilibrio biopsicosocial.

Expertos en el tema⁽⁸⁾ refieren que en la somatización por lo general los síntomas no se producen de manera consciente. Sin embargo, en niños y adolescentes es particularmente difícil establecer este nivel de control psíquico; las dificultades para comunicar sus sentimientos y emociones a través del lenguaje ocasionan que el dolor psicológico pueda expresarse como síntomas físicos, somáticos. Para llamar la atención y lograr una posible actitud de preocupación en los padres, los menores estructuran estas “tácticas” que los ayudan a aprender a enfrentar a los factores estresantes cotidianos.

En la práctica médica se evidencia que la prevalencia de los trastornos de síntomas somáticos en niños y adolescentes es mayor a lo informado, puesto que resulta difícil reconocerlos debido a su origen multifactorial, la edad del paciente, la influencia parental y las condiciones asociadas, unido a la escasa experiencia clínica; además, a causa de la diversidad de manifestaciones, se requiere la atención de diferentes subespecialidades pediátricas, donde suelen subdiagnosticarse dichos trastornos. Por otra parte, se cuenta con muy pocas herramientas para la evaluación del niño y las existentes por lo común no responden a todas las interrogantes; de igual manera, son

insuficientes las investigaciones para lograr un conocimiento y tratamiento adecuados, lo que es incluso más desfavorable, pues actualmente no hay un consenso de criterios en las clasificaciones internacionales.^(6,8,9)

Lo anterior indica que el conocimiento sobre estas entidades constituye un campo vacío que debe ser llenado con toda la información posible; situación muy complicada por el aumento de casos durante los últimos años y que ha constituido un gran desafío diagnóstico en el que se emplean diversos medios y recursos materiales. Dichos elementos también fueron considerados en la clasificación actual en el DSM-5, a fin de facilitar la atención integral del clínico pediatra, a quien por lo general se acude inicialmente en busca de atención.^(9,10,11,12)

Sobre la base de todo lo referido previamente, se considera de vital importancia el conocimiento de diversos aspectos clínico-epidemiológicos y etiopatogénicos relacionados con los trastornos de síntomas somáticos, con vistas a identificar estos últimos y diagnosticarlos adecuadamente en la etapa infantojuvenil. A tal efecto, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva acerca de los principales elementos que se manejan en la actualidad, donde se analizaron fundamentalmente los siguientes: datos epidemiológicos y expresiones somáticas más frecuentes, como punto de partida de las aparentes manifestaciones clínico-epidemiológicas hacia la interiorización de este fenómeno; etapas del desarrollo psicológico donde se presenta comorbilidad con trastornos psíquicos; factores condicionantes y enfoques teóricos etiopatogénicos asociados a su aparición y desenvolvimiento.

Desarrollo

Manifestaciones somáticas más frecuentes y algunos datos epidemiológicos

Las quejas por algún síntoma somático constituyen un fenómeno común en las primeras etapas de la vida; se ha determinado que aproximadamente uno de cada cuatro niños refiere, al menos, un grupo de manifestaciones somáticas. En diversas

investigaciones^(6,8,10,12) se revela que entre 2-10 % de los niños y adolescentes presentan dolores y molestias físicas recurrentes. Los síntomas somáticos funcionales son muchísimos más frecuentes de forma aislada y en algunas muestras alcanzan hasta 50 % en niños de edad escolar y adolescentes.⁽¹³⁾ Por otra parte, se plantea que al considerar a todos los niños aquejados por algún dolor físico en los cuales los médicos identifican factores psicológicos asociados, en 25-50 % de los casos se observan factores psicósomáticos.⁽⁸⁾

Asimismo, los síntomas somáticos recurrentes y molestos ocurren en 2-5 % de los niños y adolescentes, con particular prevalencia en el nivel primario de salud, donde es una situación habitual y a estos pacientes se les considera como “hiperfrecuentadores” o “policonsultantes”, dado que asisten y utilizan los servicios de salud de modo frecuente, gastando una importante cantidad de tiempo y significativos recursos económicos.^(8,9,12)

Las expresiones somáticas asociadas a niños y adolescentes son diversas y abarcan todos los sistemas del organismo. En la mayoría de los estudios se señalan como síntomas más comunes el dolor abdominal, las cefaleas y las dolencias musculares y articulares.^(12,13,14,15) Así mismo se constató una tendencia similar en una investigación cuyo objetivo fue identificar algunas características clínico-epidemiológicas en una población infantojuvenil diagnosticada con trastornos de síntomas somáticos en servicios de pediatría y salud mental.⁽¹⁶⁾

Igualmente, en los menores se han observado otros síntomas con significativa periodicidad, como las náuseas, los vómitos, las palpitaciones y el dolor torácico, vinculados notablemente a comportamientos inadaptados en la esfera escolar.^(9,13,15,16)

Cabe señalar que las cefaleas constituyen una de las dolencias más comunes y el síntoma neurológico más frecuente, habitualmente asociado a estados de ansiedad, depresión y estrés emocional. Los niños que las padecen suelen ser remitidos al psiquiatra por pediatras y neurólogos, después de haberles realizado amplias exploraciones biomédicas. Este síntoma es causa de ausentismo escolar e impide la realización de actividades sociales y personales.^(1,10,12,13)

Según estudios internacionales,^(8,12,14,15) entre las quejas por síntomas somáticos, el dolor abdominal supone 5 % en niños y 30 % en niñas, con una proporción varón/hembra de 1:5. Este síntoma puede ser lo suficientemente grave como para

afectar las actividades cotidianas y su aparición se sitúa entre los 3 y 5 años de edad, con un pico de inflexión entre los 7 y 9 años.

Generalmente la presencia de un síntoma somático predispone a padecer otros, lo que resulta perjudicial, pues la coexistencia de varias alteraciones conduce al niño o al adolescente a un mayor deterioro y la invalidación para su desempeño cotidiano. Algunos expertos⁽⁸⁾ aseguran que las combinaciones de síntomas somáticos (alrededor de 15 %) suelen presentarse en mayor proporción que un síntoma de forma aislada; la unión más frecuente suele ser la cefalea y el dolor abdominal. En un estudio efectuado en Cuba se observó cefalea, dolor torácico y palpitaciones, con la aparición esporádica de vómitos.⁽¹⁶⁾

Las manifestaciones más frecuentes del trastorno conversivo en los primeros años de vida son las convulsiones psicógenas no epilépticas, los desmayos y la ataxia, que resultan expresiones neurológicas fluctuantes, atípicas, acentuadas, sin causa clínica en lesión alguna y con un pobre reflejo emocional.^(6,13,17,18) También son significativas las parálisis y las caídas en las féminas de 13 a 15 años, según lo observado en un estudio desarrollado en Cuba,⁽¹⁶⁾ mencionado previamente, en el que dicho trastorno figuró en un mayor número de pacientes (25 %), sobre todo en las adolescentes de 14 a 16 años, con predominio de la variedad convulsión no epiléptica psicógena. La asociación más habitual de la alteración conversiva puede darse en los trastornos de la personalidad pasivo-agresiva, dependiente, antisocial e histriónica.^(1,6)

Entre los factores psicológicos que influyen en otras enfermedades (los trastornos psicósomáticos propiamente dichos para muchos autores) en la infancia, ocupan un lugar prominente los que afectan la piel,^(1,18,19,20) y entre las dermatopatías con mayor repercusión psicológica se encuentran el acné juvenil, la psoriasis, la alopecia y el vitíligo;^(12,19) en Cuba, estas dos últimas se relacionaron en féminas y escolares con episodios de estrés, ansiedad y depresión.⁽¹⁶⁾

Se ha demostrado que en los menores con dermatitis atópica los que presentan problemas de conducta sufren una enfermedad más grave; además estos niños tienden a ser más ansiosos y depresivos. También se señala que en familias que fomentan la independencia los niños tienen síntomas menos graves, mientras que la sobreprotección agudiza el rascarse la piel.^(1,20)

En estudios controlados^(1,18) se han encontrado niveles altos de ansiedad y depresión en los pacientes con psoriasis, además de estrés asociado a la deformación estética, estigma social y dificultades en las relaciones interpersonales. De igual manera, existe comorbilidad con los trastornos de personalidad esquizoide, evitativa y obsesivo-compulsiva. La autopercepción de la gravedad de la psoriasis en los pacientes se correlaciona con la depresión y las ideas de suicidio.

De igual manera, los estados de miedo, cólera y tensión pueden inducir al aumento de la secreción de sudor (hiperhidrosis), que aparece principalmente en las palmas de las manos, plantas de los pies y axilas, lo cual suele verse básicamente como un fenómeno de ansiedad mediado por el sistema nervioso vegetativo.^(1,18) En escolares cubanas predominaron los estados de miedo y tensión, unido al desarrollo de una personalidad tímida.⁽¹⁶⁾

Las enfermedades gastrointestinales también presentan una vinculación significativa con los trastornos psíquicos, como el estrés y la ansiedad, pues los factores psicológicos y psiquiátricos ejercen una notable influencia sobre la respuesta fisiológica del sistema gastrointestinal. Al respecto, las afecciones más observadas en adolescentes cubanos fueron la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn y la úlcera péptica;⁽¹⁶⁾ esta última se encuentra íntimamente asociada a los factores psicosociales y las situaciones vitales estresantes, como se señala en la bibliografía especializada.^(1,5,9)

Igualmente, las alteraciones endocrinas, que en la actualidad se presentan con mayor frecuencia, pueden producir síntomas similares a los de las enfermedades psiquiátricas. En la niñez se destacan la diabetes *mellitus*, los trastornos tiroideos y la obesidad; en el caso de la última entidad se debe considerar su asociación con los trastornos por ansiedad y la relación proporcional entre los niveles de esta y el exceso de peso. Además llama la atención la significativa depresión —desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo— que se puede apreciar en menores diagnosticados con hipotiroidismo.^(1,12,18,21)

Por otra parte, el asma bronquial es una de las enfermedades crónicas más usuales en la infancia y adolescencia y limita la calidad de vida en un elevado número de menores y sus familias.⁽¹²⁾ Algunos estudiosos⁽⁴⁾ del tema refieren una dependencia medicamentosa excesiva en estos pacientes, mientras otros⁽¹⁾ no exponen características

específicas de personalidad; sin embargo, determinados rasgos de la personalidad (miedo intenso, labilidad emocional, sensibilidad ante el rechazo) están asociados a un mayor uso de corticoides y broncodilatadores y a una hospitalización más prolongada. El temor a la disnea puede desencadenar crisis agudas y el grado elevado de ansiedad se relaciona con el incremento en las tasas de hospitalización y mortalidad.^(1,4)

Trastornos psicosomáticos, edad y sexo

La manifestación de los trastornos psicosomáticos varía según la edad. Como se refirió anteriormente, la mayoría de las molestias y los trastornos indiferenciados comienzan en la niñez o en la adolescencia temprana.^(12,13,14,17) En la primera infancia los síntomas somáticos más frecuentes son el dolor abdominal recurrente y, posteriormente, las cefaleas. En sentido general los síntomas abdominales aumentan su frecuencia desde aproximadamente los 3 a 9 años de edad,⁽¹⁴⁾ en tanto, los síntomas neurológicos y la fatiga empiezan a manifestarse a medida que aumenta la edad. Sin embargo, el trastorno de síntomas neurológicos funcionales o de conversión tiende a aparecer más tarde, con una edad media de 16 años;^(6,8,13,17) asimismo, los dolores de cabeza son menos comunes en los preescolares que en los niños mayores o los adolescentes.^(8,10)

Generalmente, antes de la pubertad, la proporción de los síntomas somáticos es más equivalente entre ambos sexos; sin embargo, las féminas adolescentes notifican casi el doble que los varones en esa misma etapa.^(10,13,17,21) De hecho, en una serie⁽¹⁶⁾ sobre el tema predominaron las adolescentes (74 %) y el grupo etario de 14 a 16 años (45,78 %); además, fue relevante cómo en la primera infancia la proporción hembra-varón resultó similar, lo que se modificó en las dos primeras etapas de la adolescencia con una primacía de las féminas.

Manifestaciones psicosomáticas y etapas del desarrollo psicológico

El cuadro sintomático de estas alteraciones en la etapa infantojuvenil varía según la edad y la fase del desarrollo psicológico que se atraviesa.

Durante el inicio de la infancia constituyen elementos cardinales la inmadurez cognitiva, las escasas habilidades verbales y la interacción madre-bebé; las dos primeras dificultan

la expresión de las emociones, por lo que el malestar se exterioriza mediante la alteración de las dos funciones básicas: la alimentación y el sueño, con un elevado valor semiológico en los síntomas de estas esferas. El dolor abdominal recurrente, los vómitos y las afecciones dermatológicas son los síntomas somáticos más frecuentes para muchos investigadores.^(6,13,14,19)

En los escolares el grupo de síntomas es más diverso. Algunos rasgos de la personalidad en formación matizan el cuadro sintomático; del mismo modo, comienza a ser centro de atención el funcionamiento de su cuerpo. La influencia del medio familiar rebasa el marco de la relación madre-hijo, a lo cual se añade la presión del medio escolar. Se manifiestan enfermedades que afectan diversos órganos y sistemas y, además de los trastornos clásicos, aparecen síntomas que sugieren un posible daño neurológico (mareos, cefaleas, ataques, ataxia, desvanecimientos) y cuadros dolorosos de magnitud variable.

En la adolescencia existen causas importantes relacionadas con la preocupación por el cuerpo, la imagen, la popularidad, que constituyen tema de gran sensibilidad, junto con el narcisismo propio de la edad.

La sintomatología se hace más polimorfa y a esta se suman otros síntomas: temores hipocondríacos, aumento de las quejas por malestares físicos ante situaciones de estrés, síntomas vasomotores y neurovegetativos diversos, como "sensación de ahogo", "nudo en la garganta que impide respirar", taquicardias, sudoración, palidez, escalofríos, náuseas, vómitos. Las alteraciones del sueño y los trastornos de la conducta alimentaria pueden constituir una respuesta frecuente ante cualquier problema.

Así mismo, el acné juvenil, la dismenorrea, los mareos, la sensación de cansancio extremo, los adormecimientos de miembros superiores y/o inferiores, la tensión mamaria y la retención hídrica, se evidencian notablemente en esta etapa de la vida.^(13,22) El cuadro sintomático descrito indica el grado de discapacidad o las limitaciones que estos trastornos ocasionan en la vida del menor, lo cual se manifiesta en ausentismo escolar y afectación de la interacción social y la participación en actividades culturales, deportivas y recreativas, entre otras.

Comorbilidad con trastornos psíquicos

Algunas entidades psíquicas presentan comorbilidad con estos trastornos; entre las más frecuentes figuran los de ansiedad y depresivos, de personalidad y comportamentales. En ese orden de ideas, también se pueden mencionar el consumo inadecuado de sustancias psicoactivas y la conducta suicida, que se pueden asociar en todo su espectro a escolares y adolescentes,^(6,21,23,24) aportando un matiz peculiar al cuadro clínico y la evolución de dichos trastornos. Pero estos dos importantes temas deben ser tratados con profundidad en un estudio aparte.

El trastorno psicósomático y los factores asociados a su desarrollo

Actualmente se ha determinado que en el desarrollo de estos trastornos influyen diversos factores, los cuales pueden ser condiciones de riesgo o vulnerabilidad en los menores, precipitantes o asociados y mantenedores o perpetuadores; la relación de estos y los acontecimientos vitales en la vida del niño, unido a la evolución de los síntomas, pueden ayudar a confirmar el diagnóstico.^(3,6,9,18)

Entre los factores individuales, los rasgos muy marcados de la personalidad pueden ser precursores importantes de dichas entidades si dificultan la adaptación emocional y conductual del niño a los problemas y agentes estresores de la vida cotidiana. Los niños sensibles, inseguros y ansiosos, que niegan sus ansiedades y tienden a la perfección, hiperresponsables, obsesivos, con altas expectativas personales, desarrollan respuestas emocionales exageradas ante el estrés; en tanto, los niños centrados más intensamente en las sensaciones corporales, que generalmente utilizan estrategias de afrontamiento negativas y/o pasivas (excesiva resignación, retirada, evasión) y estilan buscar apoyo ante cualquier situación, son relacionados frecuentemente con los trastornos psicósomáticos.

Un aspecto que se debe considerar es la transmisión genética, pues estos trastornos aparecen de 10 a 20 % de los familiares de primer grado, con una mayor tasa de concordancia en los estudios de gemelos monocigóticos. De igual modo, se han relacionado con factores de riesgo genéticos de internalización y comparten superposición genética con otros trastornos mentales; además, poseen una alta

prevalencia familiar, de tal manera que los niños y otros familiares suelen presentar síntomas similares.^(8,13,18,21)

Entre los factores familiares sobresalen la somatización con manifestaciones de ansiedad y depresión, la existencia de enfermedades orgánicas y mentales, la disfuncionalidad, los errores educativos, principalmente la sobreprotección parental; la presión familiar y las elevadas exigencias sobre el niño; el maltrato infantil en cualquiera de sus expresiones; las experiencias traumáticas y el apego con inseguridad.

El ambiente familiar generalmente está caracterizado por separación de los padres, defectuosa comunicación, pobre bienestar, relaciones de sucesos estresantes. Dinámicamente es frecuente que exista una sobreimplicación emocional de los padres, lo que refuerza las quejas aprendidas y fomenta la conducta enfermiza de un niño o adolescente, quien aprende los beneficios de adoptar el rol de enfermo y se rehúsa a que sus síntomas cedan (ganancia secundaria).^(6,10,13,24)

Los factores escolares han demostrado ser significativos para el desarrollo y mantenimiento de los trastornos somáticos; entre los más usuales figuran el perfeccionismo y la hiperexigencia de los rendimientos, las dificultades para relacionarse con los compañeros o profesores y el fenómeno del acoso escolar. Respecto a este último, en la actualidad también se presenta el ciberacoso como consecuencia de la utilización inadecuada de las tecnologías de la información y la comunicación, al cual se asocia en muchos casos la conducta suicida.^(6,13,15,25)

Una vez que el menor ha comenzado el ausentismo escolar debido al “síntoma funcional”, cuando ha de regresar al centro educativo presenta un elevado grado de angustia, con preocupaciones que giran principalmente en torno al rendimiento académico y al criterio de individuos coetáneos y profesores sobre su persona, de manera que se siente avergonzado, incomprendido y frustrado.^(13,15)

También se destacan factores relacionados con el bajo nivel socioeconómico, las dificultades estructurales de vivienda o laborales de los padres, que pueden estar implicados en los mencionados anteriormente.⁽⁹⁾

Existen factores precipitantes y situaciones estresantes relacionadas con los trastornos psicosomáticos, de los cuales se pueden mencionar los problemas físicos y los tratamientos médicos, que actúan como desencadenantes (por ejemplo: dolores

abdominales después de una gastroenteritis); los estresores psicosociales, que también pueden estar asociados al inicio o la permanencia del cuadro sintomático (por ejemplo: el nacimiento de un hermano, el inicio o cambio de colegio, el enamoramiento), y los abusos físico y sexual, que son otros elementos importantes a considerar en la etapa infantojuvenil, con mayores puntuaciones en las mediciones de somatización en comparación con quienes no los han sufrido.^(6,9,13,18)

La ganancia primaria y secundaria que se establece por el aparente “beneficio” que supone “mantener consciente o inconscientemente este estado”, la comorbilidad con otros trastornos mentales, la iatrogenia y la antigüedad de los cuadros sintomáticos, son algunos de los factores que perpetúan estos trastornos, entorpeciendo el pronóstico en los menores.^(6,13,18)

Durante los últimos años, con la aparición de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, se añaden otras condiciones relacionadas con los trastornos psicosomáticos: en primer lugar, los ya referidos síntomas derivados de fenómenos como el cirberacoso y, en segundo lugar, los daños físicos consecutivos a causa del uso inadecuado de sus dispositivos, juegos, redes sociales, donde sobresalen las enfermedades osteomioarticulares (síndrome del pulgar de Blackberry o artrosis de las costureras, codo de tenista, tendinitis en dedos, muñecas y hombros), los trastornos oftalmológicos (miopía, aumento de la tensión ocular) y los auditivos (hipoacusia, tinnitus); además de las alteraciones del sistema nervioso: vértigo, fatiga, insomnio. También se asocian otras como la obesidad, el sedentarismo y la infertilidad, así como las afectaciones en las necesidades básicas (alimentación, sueño y defensa), por citar algunas.^(15,25,26,27)

En una investigación realizada en Cuba⁽¹⁶⁾ prevalecieron niños y adolescentes con antecedentes patológicos personales de enfermedades físicas. En las familias predominaron las enfermedades físicas y mentales, mayoritariamente en parientes de primer grado, en quienes era notable la asociación con los trastornos conversivos. La ansiedad, la depresión y las alteraciones de personalidad en estructuración (timidez, histriónico y disocial) estuvieron asociadas a los trastornos de síntomas somáticos, con una mayor frecuencia de las alteraciones de la personalidad y las depresiones asociadas a las conversivas.

Entre los factores de riesgo individuales tuvieron mayor peso el desarrollo de una personalidad introvertida, sensible, con inadecuadas estrategias de afrontamiento; en los familiares los errores educativos fundamentales relacionados con dichas entidades fueron la sobreprotección parental, la disfuncionalidad con asociación notable a la alopecia y las experiencias traumáticas.

El acoso y la separación de los padres estuvieron asociados considerablemente al vitíligo en preescolares y el abuso sexual a los trastornos conversivos, pues fueron los de mayor prevalencia en la precipitación de los desajustes psicosomáticos.

La ganancia primaria y secundaria, así como la antigüedad del cuadro sintomático, condicionaron la perpetuación de estas entidades, especialmente de las conversivas; de igual manera, existió una larga evolución en la mayoría de los pacientes.

Enfoques teóricos etiopatogénicos

Algunos enfoques teóricos etiopatogénicos se han relacionado con los síntomas somáticos, pues expresan diversos mecanismos implicados en la aparición de estos.

Desde la perspectiva biológica, se han considerado las tres vías neurofisiológicas (neurovegetativa, neuroendocrina y corticoespinal) atribuidas usualmente a la génesis de estos trastornos; sin embargo, los síntomas somáticos funcionales podrían adjudicarse a diferencias funcionales del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, desequilibrios en los tonos vagal y simpático, irregularidades de la función inmunológica, montaje de respuestas cognitivo-afectivas que amplifican la reactividad ante estímulos amenazantes, elevada excitación autonómica, alteraciones de los sistemas de activación córtico-frontal y límbica, asociada al estrés emocional, y su repercusión inhibitoria en la conciencia sensorial y el procesamiento motor y, con ello, en los actos voluntarios, relacionados fundamentalmente con los trastornos conversivos.

Mediante la perspectiva psicodinámica, la somatización surge desde la falla emocional adaptativa como resultado de conflictos intrapsíquicos; se reconoce como ganancia primaria al mitigar la ansiedad y la angustia, y secundaria al lograr efectos interpersonales. Así, determinados impulsos rechazados por el yo son "convertidos" en una variedad de síntomas psicofisiológicos asociados a la esfera sensorio-motora.

Desde el punto traumático-ambiental, se asocian los síntomas a la angustia psicosocial amenazante de la integridad física y psicológica, con episodios traumáticos, como el abuso sexual, considerados de gran valor predictivo.

Se considera que la conversión infantil refleja los componentes sensorio-motores de dos respuestas emocionales adaptativas ante amenazas de terceros cercanos: una inhibitoria y otra excitatoria, lo que ayuda a comprender el amplio rango de manifestaciones conversivas, desde el déficit funcional (inhibición central) hasta la sintomatología positiva. La teoría del apego ha justificado las respuestas emocionales opuestas de este trastorno desde dos comportamientos defensivos innatos: las respuestas de "congelamiento" y "apaciguamiento", las cuales están suscitadas por amenazas, establecidas por mecanismos neurobiológicos y representadas por síntomas conversivos.

La ansiedad y la depresión están íntimamente relacionadas con estos desajustes; ambas serían factores de riesgo y provocarían también efectos somáticos, donde prevalecen los primeros, pues el impacto de los síntomas somáticos sobre la esfera ansioso-depresiva sería débil.

Otra condición valorada actualmente es la alexitimia, dada por el bloqueo del desarrollo de la capacidad y la habilidad de expresar los sentimientos relacionados con los conflictos, lo que genera gran estado de tensión cuya consecuencia es la aparición de síntomas somáticos.^(1,3,4,6,9)

Si bien existen diferentes teorías y criterios de expertos sobre el tema, características disímiles de trastornos difíciles a lo largo del tiempo y bajo distintas concepciones, lo cierto es que la mente y el cuerpo "dialogan" perfectamente entre sí en su plataforma ideal que es el organismo humano, constitucionalmente dotado para este fin, lo que ocasiona que se perciba, en un representativo escenario, el testimonio innegable de la ansiedad, la tristeza, el dolor y la preocupación, característicos de la niñez y la adolescencia.

Conclusiones

Las investigaciones acerca de los trastornos psicosomáticos son insuficientes y no existe un consenso adecuado para su diagnóstico, por lo que identificarlos resulta difícil. Estos tienen significativa frecuencia en poblaciones infantojuveniles; por tanto, se hace indispensable y recomendable el desarrollo de futuros estudios, unido a la caracterización integral de niños y adolescentes afectados por estos trastornos, para desde esta perspectiva planificar estrategias multimodales e intervenciones que permitan una atención integral asertiva en estas etapas de la vida.

Referencias bibliográficas

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Medicina Psicosomática. En: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatric: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatric. 11 ed. Barcelona: Editorial Científico-Médica; 2015. p. 465-503.
2. Navarro Ovando I. Trastornos somatomorfos. Revista Mexicana de Neurociencia. 2009 [citado 24/05/2019];10(1):34-43. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2009/rmn091f.pdf>
3. Pérez Liberato O. Hacia la Psicosomática: algunas consideraciones epistemológicas. Revista Electrónica de Psicología de Iztacala. 2015 [citado 24/05/2019];18(4):1457-81. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2015/epi154i.pdf>
4. Barush Goldstein M. Reflexiones acerca de la contribución del psicoanálisis en la comprensión del asma infantil. Transiciones 20. 2016 [citado 24/05/2019];(20):9-21. Disponible en: <https://appna.org/wp-content/uploads/2016/11/Transiciones-20-digital-actualizada.pdf>
5. Cano-García FJ, Rodríguez-Testal JF. Patología Psicosomática. En: Fundamentos de Psicopatología. BibliotecaOnline. 2016 [citado 24/05/2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/313360826_patologia_psicosomatica_publicationcoverpdf/

6. Arancibia M, Sepúlveda E, Martínez-Aguayo JC, Behar R. Estado actual de los trastornos somatomorfos y conversivos en niños y adolescentes. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2016 [citado 28/05/2019];54(2):151-61. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v54n2/art09.pdf>
7. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5®. 5 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014.
8. Fiertag O, Taylor S, Garralda E et al. Trastornos somatomorfos. En: Rey JM, Martín A. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines. Ginebra: IACAPAP; 2014.
9. Aguilar Sandí M. El papel de la Psicología ante los síntomas medicamente inexplicables: Revisión sistemática en torno a los trastornos por síntoma somáticos y su abordaje psicoterapéutico [tesis de grado]. San José: Universidad de Costa Rica; 2017 [citado 28/05/2019]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis84.pdf>
10. Gómez Vallejo S, Alonso González IM, Pérez Moreno R, Moreno Pardillo DM. Hipocondría en la infancia y la adolescencia. Revisión bibliográfica. Rev Psiquiatr Infanto-Juv. 2018 [citado 28/05/2019];35(1):7-16. Disponible en: <http://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/1/1>
11. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de Las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018 [citado 28/05/2019]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
12. García Sardón P, Martínez Vera MJ, Moreno Fontiveros MA. Patología frecuente en la adolescencia. En: Grupo de estudio del adolescente, Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de atención al adolescente. Granada: SAMFyC; 2015. p. 248-95.
13. Sánchez Mascaraque P, Guerrero Alzola F. Actualización del trastorno psicossomático en la infancia y adolescencia. Pediatr Integral. 2017;21(1):32-8.
14. Ochando G, Millán MC, Pereda A. Dolor abdominal de origen psicossomático. An Pediatr Contin. 2006;4(4):213-8.

15. Quintero Corzo J, Munévar Molina RA, Munévar Quintero FI. Nuevas tecnologías, nuevas enfermedades en los entornos educativos. *Hacia Promoc Salud*. 2015 [citado 28/05/2019];20(2):13-26. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n2/v20n2a02.pdf>
16. Sánchez Boris IM. Caracterización clínico-epidemiológica de niños y adolescentes con diagnóstico de trastornos de síntomas somáticos. Ponencia presentada en: II Congreso de Medicina Psicosomática; 11 Feb 2019; Santiago de Cuba, Cuba.
17. Marín Cabrero B. Síntomas neurológicos funcionales: abordaje general e intervenciones psicológicas. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 2017 [citado 02/06/2019];7(1):26-40. Disponible en: https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Sintomas_neurológicos.pdf
18. Ramos Guevara JD, Vásquez R. Aproximación crítica a los trastornos somatomorfos en niños. *Rev Colomb Psiquiat*. 2012 [citado 02/06/2019];41(4):900-9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=es
19. Rumbo Prieto JM, Castello Rioja E. Dermatología Psicosomática, La relación mente y piel. *Enferm Dermatol*. 2017 [citado 02/06/2019];11(31). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6324064.pdf>
20. Fernández Armenteros JM, Molinero Ponce I, Castan Campanera E, Casanova Seuma JM. Perfiles psicológicos de los pacientes con psicodermatosis. *Piel (Barc)*. 2016 [citado 02/06/2019];31(1):15-23. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0213925115002361.pdf?locale=es_ES&searchIndex=
21. Pompa Guajardo EG, Meza Peña C. Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México. *Universitas Psychologica*. 2017 [citado 02/06/2019];16(3):1-11. Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/16-3%20\(2017\)/64752604018/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/16-3%20(2017)/64752604018/)
22. García Trovato M. Síndromes somatomorfos en pediatría. *Salud Mental. Revista Peruana de Pediatría*. 2006 [citado 02/06/2019];59(1):45-7. Disponible en: <https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v59n1/pdf/a08.pdf>

23. Oliván Torres S, Del Álamo C, Manteinga E. Estudio piloto de detección precoz de estrés postraumático y sintomatología ansioso-depresiva durante el ingreso en una unidad de cuidados intensivos. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. 2017;7(1):3-6.

24. Blas Benito M. Apego-trauma-disociación. Disociación y somatización. Tratamiento secuenciado en fases. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. 2017;7(1):44-54.

25. Águila Calero G, Díaz Quiñones JA, Díaz Martínez PM. Adolescentes y Tecnologías de la Información y Comunicación. Un reto para la sociedad cubana actual. MediSur. 2018 [citado 02/06/2019];16(5). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3922/2652>

26. Fernández Eslava A. Las nuevas tecnologías en la primera infancia [tesis de maestría]. Cádiz: Universidad de Cádiz; 2017 [citado 02/06/2019]. Disponible en: <https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/19823/FTM%20Araceli%20Fernandez%20Eslava.pdf?sequence=1>

27. Díaz Ruiz R, Aladro Castañeda M. Relación entre el uso de las nuevas tecnologías y el sobrepeso infantil, como problema de salud pública. Enfermería Comunitaria. 2016 [citado 02/06/2019];4(1):46-51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5353331.pdf>



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).