

# Trastornos psicósomáticos

P. Sánchez Mascaraque, A. Barrio Rodríguez\*

Servicio de Psiquiatría Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.  
Médico Residente de 4º año de Psiquiatría. Hospital La Princesa. Madrid



## Resumen

Se hace una revisión de los trastornos psicósomáticos en la infancia y la adolescencia. Los trastornos somatomorfos son un reto para el pediatra; ya que, aunque su causa es psiquiátrica, con frecuencia existe reticencia familiar a acudir al psiquiatra. Clínica, diagnóstico, epidemiología, comorbilidad, etiología y tratamiento son abordados en este artículo. Se hace énfasis en el papel del pediatra en la detección, valoración y tratamiento de estos trastornos. El correcto abordaje de la patología psicósomática evitará un importante gasto sanitario, pruebas complementarias innecesarias y, en ocasiones, peligrosas y el aprendizaje en la infancia de las ganancias del papel del enfermo.

## Abstract

*This is a review of psychosomatic disorders in childhood and adolescence. Somatoform disorders are a challenge to the pediatrician because, although its cause is psychiatric, families often refuse to go to a psychiatrist. Clinical diagnosis, epidemiology, comorbidity, etiology and treatment are discussed in this article. It emphasizes the role of the pediatrician in the identification, assessment and treatment of these disorders. The correct approach to psychosomatic pathology avoid a major health expenditure, unnecessary and sometimes dangerous tests and learning in the infancy of the profits of the sick role.*

**Palabras clave:** Trastornos psicósomáticos; Trastornos somatomorfos; Niños y adolescentes.

**Key words:** Psychosomatic disorders; Somatomorphic disorders; Children and adolescents.

*Pediatr Integral 2012; XVII(9): 700-706*

## Introducción

La distinción clásica en medicina entre trastornos orgánicos y funcionales hace referencia a la presencia en los segundos de factores psicológicos importantes en la etiología, presentación y evolución.

El conocimiento de los trastornos psicósomáticos en la infancia difiere dependiendo de que el abordaje sea realizado por pediatras o psiquiatras.

No aparecen definidos como tales en los manuales de clasificación de psiquiatría y podrían equipararse a los trastornos somatomorfos de estas clasificaciones.

El modelo biopsicosocial de enfermedad propone que factores genéticos y medioambientales tempranos dan una predisposición individual a enfermar. Variables biológicas, psicológicas y sociales pueden determinar el comienzo y curso del trastorno.

Los niños, por su inmadurez cognitiva y verbal, tienen una mayor predisposición a manifestar sus emociones mediante síntomas físicos, siendo el dolor abdominal en la infancia y la cefalea los mayores exponentes de esta circunstancia<sup>(1)</sup>. La prevalencia de trastornos somatomorfos es igual en niños

y niñas pero, al llegar la adolescencia, es 5 veces mayor en las chicas.

La somatización se entendería como un lenguaje de los afectos y, evolutivamente, se puede considerar normal. Cuando, por diversas causas, el niño tiene dificultada esta capacidad de comunicar sus sentimientos, pueden aparecer los trastornos por somatización. La somatización se describe como la tendencia a experimentar y manifestar el malestar psicológico a través de quejas somáticas.

La presencia de una somatización no excluye una patología orgánica, ya que mecanismos psicogenéticos pue-

den agravar o cronificar una dolencia médica.

Los trastornos psicosomáticos hacen replantearse al médico el sentido de la diferenciación entre síntomas físicos y psíquicos y obligan al pediatra y al psiquiatra infantil a un entendimiento mutuo de la comprensión de la enfermedad del niño y su familia más allá del síntoma concreto por el que acude a nuestra consulta.

Por otra parte, no diagnosticar un trastorno somatomorfo puede dar lugar a la búsqueda compulsiva de complejos diagnósticos médicos, alto costo sanitario y, en el peor de los casos, intervenciones iatrogénicas que pueden ser peligrosas para el niño.

Psiquiatras infantiles deben profundizar sus conocimientos en pediatría y pediatras en psiquiatría de cara al mejor tratamiento posible de estas entidades.

## Epidemiología y clasificación

**Los trastornos somatomorfos son una patología con una alta prevalencia en la consulta de pediatría, por lo que se debe prestar especial atención a los problemas psicológicos asociados al motivo de consulta principal.**

Los trastornos por somatización pueden alcanzar una incidencia de casi un 4% en una consulta pediátrica de Atención Primaria. Destacan los síntomas neurológicos (cefaleas, mareos, tics), dermatológicos (prurito), alérgicos (asma), digestivos (anorexia, hiperfagia, pica, abdominalgias) y del sueño (insomnio de conciliación). En un considerable número de niños con síntomas psicosomáticos, coexisten dificultades emocionales y conductuales, que deben ser identificadas y tratadas adecuadamente. Asimismo, el alto nivel de ansiedad en los padres (especialmente, en las madres) suele ser causa de una mayor frecuentación de los servicios de salud<sup>(2)</sup>.

En un estudio realizado en una Unidad de SMIJ (Loño, 2003) sobre 100 niños y adolescentes con quejas somáticas, se encontró una proporción de: dolor abdominal recurrente: 30%; cefaleas y mareos: 19%; palpitations: 15%; dificultad en deglución: 9%; marcha inestable: 9%; visión borrosa: 6%; artralgias: 2-3%; y síntomas menstruales: 3%<sup>(3)</sup>.

**Tabla I.** Clasificación trastornos somatomorfos

F45.0	Trastorno de somatización (300.81)
F45.1	Trastorno somatomorfo indiferenciado (300.81)
F44	Trastorno de conversión (300.11)
F45.4	Trastorno por dolor
F45.2	Hipocondría (300.7)
F45.2	Trastorno dismórfico corporal (300.7)
F45.9	Trastorno somatomorfo no especificado (300.82)

En la actualidad, no existe consenso sobre lo que constituyen los trastornos somatoformes en la infancia. Las clasificaciones CIE-10 y DSM-IV los definen como un grupo de trastornos en los que la característica común es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental<sup>(3)</sup>.

Los cuadros somatoformes pueden clasificarse en:

- Aquellos en que los factores psicológicos están asociados a los síntomas físicos o disfunciones (p. ej., trastorno de conversión).
- Aquellos en los que los factores psicológicos influyen en el desarrollo de patología física (los trastornos clásicamente psicosomáticos: colitis ulcerosa, asma).
- Aquellos en que los síntomas físicos constituyen la manifestación principal del trastorno mental (p. ej., trastornos de la alimentación).

Los trastornos somatomorfos engloban las siguientes entidades<sup>(4,5)</sup>:

- Trastorno de conversión. Uno o más síntomas que sugieren, la mayoría de las veces, un déficit neurológico.
- Trastorno por dolor. Los pacientes presentan dolor en una o más localizaciones sin hallazgos físicos que lo justifiquen.
- Trastorno dismórfico corporal. Existe una excesiva preocupación por algún defecto imaginario en el aspecto físico de un individuo aparentemente normal.
- Hipocondría. Se manifiesta como temor o creencia de padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación subjetiva de signos y síntomas físicos como prueba de enfermedad somática.

- Trastorno somatomorfo indiferenciado. Se incluye el resto de síndromes que se adaptan a la definición de somatomorfos y que no cumplen los criterios de ninguno de los subgrupos anteriores.

En la tabla I, pueden observarse los trastornos somatomorfos en las clasificaciones internacionales DSM-IV y CIE<sup>(10)</sup>.

## Factores de riesgo<sup>(6,7)</sup>

**Los factores de riesgo a tener en cuenta incluyen factores genéticos y familiares, eventos estresantes, rasgos de personalidad y modelos de aprendizaje del niño.**

### Factores genéticos y familiares

El trastorno psicosomático se presenta en las familias, apareciendo en el 10% al 20% de los familiares de primer grado. Los síntomas somáticos tienen una alta prevalencia familiar; de tal manera que, los niños y otros miembros de la familia suelen compartir síntomas similares, ya sean quejas físicas en general, dolor abdominal o dolor de cabeza. Los factores familiares también incluyen altos índices de problemas de salud, enfermedades de larga duración (por ejemplo, diabetes) y trastornos psicológicos.

### Eventos estresantes

Algunos problemas físicos y tratamientos médicos actúan como desencadenantes de los trastornos somatomorfos. Por ejemplo, los dolores abdominales pueden aparecer después de una gastroenteritis, la pérdida de sensibilidad o movilidad de un miembro después de la inmovilización del mismo por una lesión, el síndrome de fatiga crónica después de una infección como la gripe, lo que provoca que la familia crea que el cuadro posee una

etiología orgánica. Por otra parte, los estresores psicosociales también pueden desencadenar o mantener el cuadro, siendo estos estresores, por ejemplo: los problemas del niño a la hora de relacionarse socialmente, los comentarios críticos sobre su trabajo en el colegio, la transición a un nuevo colegio o un cambio de clase, y el nacimiento de un hermano en niños en edad preescolar. Estos factores suelen estar mediados por problemas de habilidades sociales, determinados rasgos de personalidad y niveles altos de síntomas físicos en sus padres.

### Rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento

Las características de personalidad pueden ser precursores importantes de estos trastornos. Los clínicos describen a estos niños como concienzudos/aplicados (o incluso obsesivos), sensibles, inseguros y ansiosos. También, se ha demostrado que tienden a utilizar estrategias de afrontamiento negativas y/o pasivas, como por ejemplo, una excesiva resignación. Si los rasgos de personalidad son muy marcados, dificultarán la adaptación emocional y conductual del niño a los problemas y al estrés de la vida diaria.

### Quejas aprendidas

Las conductas que son recompensadas serán incrementadas en intensidad o frecuencia; mientras que, las conductas que son castigadas o inhibidas disminuirán. La intensa atención y el cuidado de los demás o la disminución de las responsabilidades (beneficio secundario) pueden reforzar las quejas somáticas. Si los síntomas somáticos son reforzados tempranamente en el curso del trastorno somatomorfo, es probable que tales conductas persistan. Un niño o adolescente puede aprender los beneficios de asumir el rol de enfermo y puede rehusarse a que sus síntomas cedan. El aumento de la atención de los padres o la evitación de presiones escolares no placenteras pueden reforzar aún más los síntomas.

La presencia de un familiar enfermo puede servir como modelo para el niño de aprendizaje de las ganancias del enfermar.

## Clínica y diagnóstico diferencial<sup>(6)</sup>

**Es importante conocer las características clínicas que sugieren un trastorno funcional. El clínico debe realizar una evaluación exhaustiva y un abordaje que incluya a la familia y al niño para una detección precoz de estos trastornos.**

Pasemos ahora a resaltar las características clínicas de los trastornos psicósomáticos más frecuentes.

Normalmente, las cefaleas se presentan como migrañas o dolores tensionales aunque, en la práctica, la diferencia entre los dos tipos no es clara y ambas parecen coexistir. En la migraña, los dolores de cabeza son periódicos, severos y unilaterales y pueden ir acompañados de un aura visual, vómitos y una historia familiar de migraña. Los dolores tensionales se definen como dolores paroxísticos, frecuentes y bilaterales, normalmente a dolor frontal, que se describen como un peso pesado y se asocian a mareo.

Los dolores abdominales recurrentes acostumbran a ser severos y suelen tener una distribución difusa o periumbilical. Normalmente, el dolor es más intenso durante el día y no suele despertar al niño durante la noche. Puede empeorar los lunes por la mañana y mejorar durante los periodos vacacionales. No responden a la medicación analgésica. A pesar de que el cuadro puede iniciarse después de una gastroenteritis o el dolor puede estar asociado al estreñimiento, el hábito intestinal suele ser normal. Existen síntomas asociados como, por ejemplo: vómitos, letargia, fiebre o palidez. Los niños pueden presentar un aspecto enfermizo, lo que aumenta la preocupación de los padres. Es posible que aquellos niños que padecen dolores abdominales funcionales tengan procesos fisiológicos anómalos, como una motilidad gastrointestinal alterada, tensión muscular o una sensibilidad excesiva a sensaciones abdominales normales. Se debe sospechar de un origen orgánico del cuadro si:

- Hay pérdida de peso.
- Sangrado gastrointestinal.
- Fiebre persistente.
- Diarrea crónica o resultados analíticos anormales.
- Vómitos persistentes.

- Cuando el niño se despierta por la noche debido al dolor.

El dolor abdominal y las cefaleas se incluyen en el trastorno por dolor de la CIE-10 si el dolor es persistente, severo e incapacitante y se asocia a problemas emocionales o psicosociales, que son lo suficientemente significativos como para tener un papel importante en la etiología del dolor.

En el TC (trastorno conversivo) existe una pérdida total o parcial de la función motora o sensitiva en una parte del cuerpo. La mayoría de niños que lo sufren presenta debilidad en las piernas o una forma extraña de andar y, en ocasiones, son totalmente incapacitantes. Otros síntomas pueden ser la pérdida total o parcial de visión y el mutismo. Los síntomas suelen aparecer después de un evento traumático y tienden a remitir después de semanas o meses.

Asimismo, las pseudocrisis epilépticas se observan en niños y parece que son especialmente frecuentes en determinadas culturas, presentando un EEG normal, una duración prolongada y un patrón variable. Además, suelen ocurrir en presencia de terceros, presentan una memoria intacta de las convulsiones y la medicación antiepiléptica es inefectiva.

El síntoma principal del SFC (síndrome de fatiga crónica) o neurastenia es la sensación de cansancio intenso después de un esfuerzo mental o físico menor. El cansancio suele ser crónico y no se explica por ninguna causa orgánica. Suele asociarse a una disminución del rendimiento académico o de las actividades diarias del niño. Las características principales son:

- Debilidad física o mental y agotamiento después de un mínimo esfuerzo.
- Cefaleas tensionales.
- Alteraciones del sueño.
- Problemas de concentración.
- Mareos.
- Dolores musculares y achaques.
- Preocupación sobre la salud mental y física.
- Frecuentes infecciones de las vías aéreas altas y adenopatías.

Los niños que presentan estos cuadros suelen tener psicopatología asociada y una marcada limitación funcional, pudiendo estar encamados largos tem-

**Tabla II.** Elementos clave en la evaluación psiquiátrica de los trastornos somatomorfos en pediatría<sup>(7)</sup>**Hallazgos médicos que sugieren un trastorno somatomorfo**

1. Ausencia de hallazgos a pesar de una evaluación médica exhaustiva
2. Hallazgos inconsistentes en el examen físico
  - Alteraciones sensitivas inconsistentes con la distribución anatómica (p. ej., prueba de separación en la línea media de la cara, pérdida de la sensibilidad de toda la cara pero no del cuero cabelludo, discrepancia entre el dolor y la sensación térmica, ausencia de signo de Romberg)
  - Ausencia de deterioro funcional a pesar de las quejas de debilidad profunda (p. ej., deterioro de la motricidad fina en la evaluación pero habilidad para vestirse y desvestirse)
  - Prueba mano-cara (desviando la caída del brazo de la cara)
  - Signo de Hoover (el paciente empuja hacia abajo con la pierna "parética" con intención de levantar la pierna no afectada y falla en la presión con la pierna no afectada al levantar la pierna "parética")
  - Astasia-abasia (marcha tambaleante, balanceo momentáneo, si bien nunca se cae)
  - Arrastrar la pierna "débil" como si fuera un objeto inanimado en vez de realizar la circunducción
  - Pacientes con sordera psicológica que responden a palabras o ruidos inesperados
  - Visión en caño de escopeta
  - Trastorno del movimiento con electroencefalograma simultáneo normal
  - Síntomas sugestivos de convulsiones conversivas
  - Síntomas que aumentan en presencia de familiares o del equipo médico
  - Períodos de funcionamiento normal al distraerse
3. Relación entre el inicio de los síntomas y un factor de estrés psicosocial

**Creencias familiares en relación con los síntomas somatomorfos**

1. Creencia en una única causa médica primaria no diagnosticada
  - Intención en continuar la evaluación médica
  - Temor en relación con una enfermedad orgánica severa
2. Creencia en la función de los desencadenantes ambientales
3. Creencia en el rol de los factores psicológicos
4. Creencia en relación con el control de los síntomas
  - Conciencia de los abordajes no farmacológicos
  - Creencia de que el niño debe descansar y excusarlo de sus responsabilidades

**Antecedentes de traumas infantiles****Antecedentes médicos familiares**

1. Antecedentes familiares de síntomas somáticos inexplicables
2. Patrón de refuerzo de la conducta enferma en la familia

**Impacto de los síntomas somatomorfos**

1. Emocional (p. ej., depresión o ansiedad contra la *belle indifférence*)
2. Familiar (p. ej., disrupción del programa de trabajo, impacto en las relaciones de pareja, impacto en distracción de conflictos familiares)
3. Social y en relación con pares
4. Académico (p.ej., ausentismo, educación domiciliaria)

**Refuerzo de los síntomas somatomorfos**

1. Refuerzo de los padres
  - Los padres guardan los horarios de consultas médicas y registros de síntomas
  - Los padres permanecen en la casa
2. Incremento de la atención de la familia/amigos
3. Incremento de la atención del equipo médico
4. Evicción escolar, social o de factores de estrés deportivos

poradas y pasando largo tiempo sin ir al colegio.

Los síntomas somáticos pueden interferir en la vida de estos pacientes e impedirles funcionar con normalidad. En la población preescolar, los niños que padecen estos síntomas suelen tener más problemas conductuales y emocionales, visitan al médico con más frecuencia y

se ausentan más a menudo de la guardería. Esto demuestra que el fenómeno de somatización aparece ya en edades tempranas. Algunos de estos niños son los que en un futuro (en la infancia tardía o en la adolescencia) desarrollarán trastornos somatomorfos.

Asimismo, es muy común que los pacientes que padecen estos trastornos

visiten frecuentemente a diversos médicos especialistas, que tienden a realizar múltiples (y, a menudo, innecesarias) pruebas médicas, que contribuyen al mantenimiento del cuadro y a retrasar el diagnóstico y el tratamiento del mismo.

En la tabla II, se describen los elementos clave para una adecuada evaluación de los trastornos somatomorfos.

### Diagnóstico diferencial

Es importante hacer un buen diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos, en los que también existen síntomas físicos y cuyas características principales son:

- Fobia escolar. En estos cuadros la característica principal es el temor a ir al colegio. En los niños con trastornos psicosomáticos, las razones por las que no van al colegio suelen ser: la incapacidad para funcionar adecuadamente en el centro escolar como consecuencia de los síntomas somáticos, el temor a que los síntomas empeoren en el colegio y no saber cómo explicar a sus compañeros lo que les pasa.
- Anorexia nerviosa: pérdida de peso y miedo intenso a ganar peso.
- Trastorno depresivo: humor triste, deprimido o irritable, con cogniciones negativas.
- Trastornos de ansiedad: persistentes síntomas de ansiedad, preocupación o inquietud.
- Mutismo selectivo: el niño sólo habla en ciertas situaciones.
- Trastorno facticio (o trastorno de Münchhausen por poderes): los síntomas que presenta el niño se producen de una forma consciente o inducida (normalmente, por la madre).

En los casos en los que coexisten síntomas biológicos y psicológicos, el diagnóstico diferencial puede ser especialmente difícil (como, por ejemplo, cuando se producen cuadros de pseudocrisis en pacientes que también presentan crisis epilépticas).

### Comorbilidad

Es importante evaluar la comorbilidad de síndromes psiquiátricos con enfermedades físicas, como puede observarse en el algoritmo 1.

### Tratamiento

**El pediatra de Atención Primaria constituye un pilar fundamental en el tratamiento de los trastornos psicosomáticos, primando siempre la normalización de la vida del niño y evitando la derivación a múltiples especialistas e ingresos hospitalarios. Debe mostrarse empático con el niño y la familia, evitando la culpabilización y vinculando el síntoma con acontecimientos en la vida del paciente.**

**Tabla III.** Guía para un abordaje escalonado para un tratamiento integral médico y psiquiátrico de los trastornos somatomorfos

1. Completar la evaluación psiquiátrica
2. Transmitir el diagnóstico biopsicosocial al pediatra y al equipo médico
3. Arreglar una reunión informativa entre el pediatra y la familia
4. Implementar intervenciones terapéuticas tanto en el aspecto médico como en el psiquiátrico
5. Considerar realizar intervenciones psiquiátricas especializadas

El tratamiento hace imprescindible el trabajo en equipo entre el pediatra y el psiquiatra; el abordaje de estos trastornos es competencia de la llamada interconsulta psiquiátrica y psiquiatría de enlace. El tratamiento comienza con una correcta evaluación, ya que el diagnóstico es el paso determinante del tratamiento. Comienza con una valoración clínica minuciosa: historia clínica, exploración física, pruebas complementarias indicadas y añadir una exploración psicopatológica del niño y valoración de la familia.

Es necesaria una entrevista familiar y también hablar con el niño a solas. Hay que orientar al niño y a su familia hacia otra comprensión de sus síntomas que lleve a dejar de buscar causas médicas y permita adentrarse en el terreno psicosocial. Es imprescindible que el pediatra entienda el diagnóstico y demuestre empatía para garantizar un buen pronóstico.

En la tabla III<sup>(7)</sup> se dan las orientaciones para el abordaje integral pediátrico y psiquiátrico.

Se recomienda minimizar el número de médicos que intervienen, la derivación a múltiples especialistas empeora el pronóstico. También, se deben minimizar las pruebas diagnósticas. Se deben evitar los ingresos hospitalarios prolongados que refuerzan los síntomas y el papel de enfermo. Nunca hay que discutir la realidad del síntoma y se debe intentar conseguir vincular el síntoma con acontecimientos vitales de la vida del niño.

Con frecuencia aparece reticencia al tratamiento psiquiátrico que suelen abandonar, quedando el pediatra como única referencia para controlar la evolución. En este caso, es función del pediatra hacerse cargo del seguimiento, intentando disminuir el rol de enfermo, animando a la normalización de la vida

del niño y detectando y minimizando los estresores psicosociales.

El pediatra debe programar consultas frecuentes breves para evitar la búsqueda compulsiva de otros especialistas, visitas a urgencias y pruebas complementarias innecesarias. Sería muy positivo conseguir relacionar en la consulta las quejas somáticas con los estresores psicosociales.

Ya en el ámbito del tratamiento psiquiátrico, las terapias más utilizadas son las siguientes:

1. Rehabilitación. Se basa en derivar el foco de tratamiento de la cura del síntoma a la vuelta al funcionamiento normal.
2. Terapia de modificación de conducta. Incentivar la recuperación funcional y disminuir los beneficios secundarios de la enfermedad.
3. Terapia cognitiva. Corregir creencias distorsionadas sobre el significado de los síntomas somáticos. Empleo de técnicas de autocontrol.
4. Terapias individuales o familiares orientadas a disminuir el estrés familiar y/o corregir dinámicas familiares disfuncionales.
5. Psicofármacos. Antidepresivos y benzodiazepinas si existe comorbilidad con depresión o ansiedad<sup>(8)</sup>, aunque también han demostrado eficacia en mejorar los síntomas somáticos.

### Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1\* DeMaso DR, Beasley PJ. The somatoform disorders. En: *Clinical Child Psychiatry*; 1998. p. 429-44.
2. Cornellà i Canals J. Trastornos psicosomáticos. *Pediatr Integral*. 2008; XII(9): 889-98.
- 3.\* Trastornos psicosomáticos en la infancia y adolescencia. *Protocolos 2008*; AEPN-YA.

4. Trenchs Sáinz de la Maza V, Hernández Bou S, Carballo Ruano E, García García JJ, Macià Rieradevall E, Alda Díez JA, et al. Trastornos somatomorfos: una entidad emergente en pediatría.
5. Beck JE. A Developmental Perspective on Functional Somatic Symptoms. *J Pediatr Psychology*. 2008; 33: 547-62.
6. Vila Grifal M, Garralda Hualde E. Trastornos somatomorfos. En: Soutullo Esperón C, Mardomingo Sanz MJ, eds. Manual de Psiquiatría del niño y del Adolescente. Ed Panamericana; 2010.
- 7.\* DeMaso DR, Beasley PJ. Los trastornos somatomorfos. En: Klykylo WM, Kay JL, eds. *Clínicas de Psiquiatría Infantil*. 2ª edición. Indianápolis, IN, Wiley; 2005. p. 471-86.
8. Campo JV, Bridge J, Ehmann M, Altman S, Lucas A, Birmaher B, Di LC, et al. Recurrent abdominal pain, anxiety and depression in primary care. *Pediatrics*. 2004; 113: 817-24.

### Bibliografía recomendada

- Vila Grifal M, Garralda Hualde E. Trastornos somatomorfos. En: Soutullo Esperón C, Mardomingo Sanz MJ, eds. *Manual de Psiquiatría del niño y del Adolescente*. Ed Panamericana; 2010.

En este capítulo, se abordan las principales características clínicas y diagnósticas de los trastornos psicósomáticos, de utilidad para el pediatra general, así como indicaciones generales de tratamiento y derivación a la consulta especializada.

## Caso clínico

Motivo de consulta: tos persistente.

Enfermedad actual: niña de 9 años de edad remitida por su pediatra por tos incesante desde hace 4 días, durante el día y la noche, acompañada de intensa angustia, incapacidad para asistir al colegio y exigencia de dormir con su madre para tranquilizarse.

Asmática conocida con buen control de los síntomas con terapia combinada (salmeterol-fluticasona) y salbutamol a demanda. En esta ocasión no hay respuesta al tratamiento. Clínicamente, el pediatra describe la tos como atípica, no hay broncoespasmo y no mejora con salbutamol.

En la valoración en la consulta de psiquiatría, se describe a una niña inteligente, brillante estudiante, con rasgos temperamentales de perfeccionismo, toca el violín como actividad extraescolar; sin embargo, tiene dificultades en su socialización, carece de las estrategias para afrontar las burlas y bromas de las que es víctima en el colegio, está muy apegada a su madre, que es la que soluciona sus conflictos sociales.

Aparecen acontecimientos vitales en clara relación con el debut de la clínica, la abuela materna ha sido recientemente ingresada para ser sometida a una intervención quirúrgica y la madre no ha podido acompañarla por la tos de la niña, que

reclama su presencia a gritos, exacerbándose la tos cuando intenta separarse de ella.

En los antecedentes personales, aparecen episodios de dolor abdominal, mareos (coincidiendo con que la madre tuvo vértigo), y dolores articulares en los que nunca se encuentra patología física y que provocan que en el colegio llamen a su madre para que vaya a recogerla, al llegar a casa remiten los síntomas.

La intervención se centra en hablar con la niña de sus problemas con sus iguales, tratando de identificar por qué se burlan de ella y cómo debe afrontar estas situaciones, a lo largo de la entrevista cesa la tos. Se la confronta con el hecho de que su tos ha impedido que su madre acompañe a su abuela, generándole esto un gran sufrimiento y las dificultades que tiene para separarse de su madre.

Se dan indicaciones para que al día siguiente acuda al colegio y se habla con su centro escolar para que, si se agudiza la tos, no llamen a su domicilio.

La tos remite y la madre puede cuidar a la abuela enferma. Se inicia psicoterapia con la paciente.

Este caso ejemplifica la patología somatomorfa en la que los aspectos psicológicos ayudan a la comprensión de los síntomas y su abordaje es el que lleva a la mejoría de la clínica.



