

Estado actual de los trastornos somatomorfos y conversivos en niños y adolescentes

Current state of somatoform and conversion disorders in children and adolescents

Marcelo Arancibia M.^{1,2}, Elisa Sepúlveda A.^{3,4},
Juan Carlos Martínez-Aguayo⁵ y Rosa Behar A.⁶

Background: Somatoform (SD) and conversion (CD) disorders have increased their incidence during the last two decades in children and adolescents, although both are currently underdiagnosed. **Objective:** To review the evidence on SD and CD in children and adolescents. **Method:** A review of specialised textbooks and the available literature in Medline/PubMed and SciELO was made. **Results:** There is a high intercurrency with affective and anxiety disorders and some risk factors have been identified, especially higher vulnerability to stress, family dysfunction, parental overprotection, and limited mentalization of physical symptoms (alexithymia), which at the same time, perpetuate the symptomatology. From an etiopathogenic perspective, psychodynamic, psychosomatic, traumatic-environmental and biological hypothesis have been invoked. Patients with SD and CD are frequently females, show more introversive personality features, more stressful life events and executive deficits. Psychogenic non-epileptic seizures are related with more psychiatric co-morbidities and worse outcome. Cognitive-behavioural psychotherapy and psychodynamic-hypnotherapy combined with selective serotonin reuptake inhibitors have been effective. **Conclusions:** SD and CD in child and adolescent populations have been observed in medical and psychiatric contexts. Their recognition is difficult due to their multifactorial etiology, the lack of diagnosis consensus and the scarce clinical experience, involving a true therapeutic challenge; therefore, it is imperative to carry out future researches on this issue. Their management in primary care seems suitable, but in more complex cases the referral to the specialist is necessary.

Key words: Somatoform disorders, conversion disorders, child, adolescent.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2016; 54 (2): 151-161

Recibido: 29/03/2016

Aceptado: 11/05/2016

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

- ¹ Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
- ² Departamento de Humanidades Médicas y Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
- ³ Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
- ⁴ Unidad de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Carlos van Buren, Valparaíso, Chile.
- ⁵ Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
- ⁶ Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

Introducción

Los trastornos somatomorfos (TS) agrupan diversos cuadros que cursan con una característica común: la relevancia de los síntomas somáticos vinculados a un malestar psíquico y deterioro significativo, presentándose frecuentemente en niños y adolescentes. Transitando desde dolores simples hasta dolencias funcionales invalidantes no explicadas por una condición médica general, consumo de sustancias, simulación u otra patología mental¹. El Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales en su quinta versión² los ha re-conceptualizado en la categoría “Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados”, reuniendo los trastornos de síntomas somáticos, de ansiedad por enfermedad (hipocondría), de conversión (TC) o de síntomas neurológicos funcionales, facticio (síndrome de Münchhausen), factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas y otros trastornos por síntomas somáticos especificados y no especificados. Esto implicaría mayor utilidad para el clínico no psiquiatra y enfatizaría un diagnóstico fundamentado en síntomas positivos (síntomas somáticos angustiantes, sentimientos, pensamientos y conductas reactivas anormales) más que en la ausencia de una explicación médica, pues su fiabilidad sería escasa y reforzaría el dualismo mente-cuerpo².

La prevalencia de TS y TC sería mayor a lo precisado, pues su expresión convoca diversas sub-especialidades pediátricas en donde suelen infra-diagnosticarse, pero su reporte ha aumentado en las dos últimas décadas³, representando un desafío diagnóstico y terapéutico para el médico por su dificultad clínica y general desconocimiento; así, en un estudio de Ndukuba et al, sólo 3% de los pediatras conocía adecuadamente los TC⁴, los que suelen sentirse molestos o manipulados por este tipo de pacientes⁵. Por otra parte, un estudio francés verificó que los principales motivos de consulta en un servicio de emergencias psiquiátricas fueron los trastornos neuróticos y somatomorfos⁶, hecho corroborado para la población general británica, donde los desórdenes mentales más prevalentes en 2010 fueron los del espectro somatomorfo, ansioso

y afectivo⁷, por lo que el gasto público y privado en salud es prominente⁵, al asociarse a consultas reiteradas a múltiples especialistas, encontrándose mayoritariamente hallazgos negativos⁸. Adicionalmente, los criterios diagnósticos son aún controversiales en su aplicación infantojuvenil⁹, considerando además una falta de instrumentos evaluativos confiables y válidos y el poco consenso en relación a su manejo¹⁰. Cabe precisar que la interconurrencia de desórdenes anímicos y ansiosos es alta, incluyéndose como factores de riesgo: mayor sensibilidad al estrés, vulnerabilidad biológica, trastornos mentales familiares, sobreprotección parental y una mentalización limitada de los síntomas físicos¹. El desafío de enfrentarse a los TS y TC es por tanto clínico pero al mismo tiempo teórico, pues su etiología permanece poco esclarecida. La investigación neurobiológica contemporánea se ha centrado más bien en inferir los procesos subyacentes al síntoma en lugar de promover paradigmas avales de hipótesis teóricas. No obstante, el enfoque comprensivo más desarrollado es el psicodinámico, el que todavía no ha descubierto un asidero neurofisiológico preciso. Complementariamente, han surgido aportes desde orientaciones cognitivas, ambientales y vinculares¹¹.

Consideramos de suma importancia, por una parte, brindar mayores elementos que permitan clarificar el diagnóstico de TS y TC, y por otra, actualizar las opciones terapéuticas en niños y adolescentes. Se realizó una revisión crítica de la evidencia disponible en torno a TS y TC en niños y adolescentes, enfatizando los siguientes ejes de análisis: enfoques teóricos etiológicos, factores familiares y psiquiátricos presentes, perfiles clínicos y tratamiento.

Metodología

Entre los meses de noviembre y diciembre de 2015, se efectuó una revisión exhaustiva de artículos disponibles, tanto de revisión como de investigación, mediante las bases de datos Medline/PubMed y SciELO, además de dos textos de consulta especializados². Se encontraron 218 en total, de los cuales se incluyeron aquéllos que contenían diver-

sos aspectos sobre TS y TC en niños y adolescentes, publicados entre 2005 y 2015, abocados a población infantojuvenil y que fueron del interés de los autores de este manuscrito, excluyéndose los reportes de caso. Se consideraron 64 artículos en total, 45 de investigación, 15 de revisión y 4 revisiones sistemáticas. Como términos de búsqueda se emplearon las siguientes palabras clave: *somatoform disorders*, *somatic symptom disorder*, *conversión disorders* y *functional neurological symptom disorder*, con los operadores booleanos and (y)/or (o).

Etiología

Enfoques teóricos

• *Perspectiva psicodinámica*

A mediados del siglo XX, el estudio de los TS tuvo un predominio psicodinámico, reconociéndose la somatización como ganancia primaria –mitigando la ansiedad y la angustia– y/o secundaria –al lograr efectos interpersonales–, surgiendo desde la falla emocional adaptativa producto de conflictos intrapsíquicos no resueltos, provocando sintomatología fluctuante según el grado de desarrollo infantil. De esta manera, en mayores de cinco años aparecerían los síntomas conversivos, en tanto que determinados impulsos rechazados por el yo son “convertidos” en una variedad de síntomas psicofisiológicos asociados a la esfera sensorio-motora, demostrando como rasgos distintivos la susceptibilidad a interpretación psicológica y la tenencia de un significado simbólico oculto. Estos niños tenderían a identificarse con personas significativas (identificación histérica), pudiendo evidenciar síntomas físicos similares a los parentales. Desde la teoría psicoanalítica han derivado constructos como la teoría de las relaciones objetales, y con ella, el énfasis en la patogénesis desde los fenómenos tempranos de apego y vínculo^{12,13}.

• *Perspectiva psicósomática*

Desde la psicósomática intersubjetiva, una de las primeras pruebas del desarrollo es la posesión del niño sobre su propio cuerpo, simbólicamente compartido con su madre al inicio, el cual luego

desempeña el papel de un tercero entre la madre y el niño hasta la adolescencia, donde surgiría la responsabilidad autónoma sobre él. En este proceso existirían tres vías responsables de los síntomas psicósomáticos: la primera, en donde el cuerpo permanece como poseedor de todas las emociones debido a una relación empática con un objeto primario carente, pues en ella se aprendería la simbolización emocional; la segunda, desde las islas simbióticas de las zonas corporales que todavía persisten fantasmáticamente compartidas entre madre e hijo; y la tercera, donde el sujeto retoma el cuerpo como un tercer objeto, ya sea porque no existe un tercero –característicamente el padre– que adopte un lugar firme en la relación madre-hijo o por otros motivos que impidan el desarrollo familiar. Así, la sintomatología psicósomática cumpliría una función comunicativa en las relaciones importantes, considerando sobre todo la inmadurez infantil cognitiva y verbal¹⁴.

• *Perspectiva traumático-ambiental*

El trastorno por estrés post-traumático y los TS serían formas específicas de procesos disociativos que cabrían en la categoría de “trastornos disociativos relacionados con el trauma”, un complejo patológico ambientalmente inducido¹⁵. Con esto, el trauma psíquico ambiental se ha considerado con mayor acento actualmente frente a traumas asociados con el abuso sexual. Así por ejemplo, se triplicó el reporte de fenómenos conversivos en niños tras el estallido de bombas en Boston durante 2014¹⁶. Esta idea es apoyada por Barkmann et al, quienes informaron que entre los predictores de síntomas somáticos funcionales infantojuveniles, el distrés psicosocial mostró el mayor valor predictivo¹⁷. Paralelamente se han incorporado otros determinantes que, aunque son factores de riesgo para diversas alteraciones psiquiátricas, se relacionan significativamente también con TS y TC, como respuestas disfuncionales al estrés, estilos de funcionamiento basados en lo emocional, *hyperarousal*, ansiedad, irritabilidad, impulsividad, bajo rendimiento escolar, uso de estrategias de afrontamiento emocional solitarias, comorbilidades médicas, neurológicas y psiquiátricas^{18,19}.

Las observaciones clínicas sugieren que los síntomas conversivos se asocian con episodios traumáticos que amenazan la integridad física y/o psicológica. Kozłowska y Williams²⁰ preconizan que la conversión infantil reflejaría los componentes sensorio-motores de dos respuestas emocionales, una inhibitoria y otra excitatoria, adaptativas ante amenazas recurrentes de terceros cercanos. Este distinción ayudaría a comprender el amplio rango de manifestaciones conversivas: desde el déficit funcional (inhibición central) hasta la sintomatología positiva. En la misma línea dicotómica y desde la teoría del apego, se ha puntualizado que la conversión poseería raigambre filogenética desde dos comportamientos defensivos animales innatos: las respuestas de “congelamiento” y “apaciguamiento”, pues los síntomas conversivos representan dos respuestas emocionales distintas que son suscitadas por amenazas elaboradas experiencialmente y sobre mecanismos neurobiológicos. La primera incluye la organización de estrategias auto-protectoras que conllevan la inhibición de los afectos negativos generados por el castigo del cuidador, mientras que en la segunda, las reacciones aparecen en el marco de conductas parentales impredecibles que amenazan la salud física y/o emocional, por ende, los niños con TC no constituirían un grupo homogéneo, pudiendo ser clasificados en dos conjuntos funcionales con tratamientos distintos²¹. Desde otra perspectiva funcional que fomenta una distribución fenomenológica diferencial, una investigación examinó los patrones de procesamiento cognitivo-emocional en el afrontamiento situacional de niños y adolescentes con TC, señalando dos grandes categorías: “inhibición psicológica”, asociada a síntomas conversivos negativos (déficits sensorio-motores) y positivos (temblores y tics) y “preocupación-coerción psicológica”, vinculada a todas las otras alteraciones motoras (posturas bizarras, flaccidez corporal y oposición cinética). Adicionalmente, una minoría de los sujetos se catalogó con un patrón mixto²².

• *Perspectiva biológica*

Los síntomas somáticos funcionales podrían atribuirse a diferencias funcionales del eje hipotálamo-

hipofísico-adrenal, desbalances en el tono vagal-simpático, exacerbación de la función inmunológica y el montaje de respuestas cognitivo-afectivas que amplifican la reactividad ante estímulos amenazantes²³. Se ha señalado que la alta excitación autonómica hallada en niños con apego ansioso-ambivalente, sería una pre-condición en la génesis conversiva, mientras que una desregulación cardiorrespiratoria mediaría los episodios de desmayo y las convulsiones psicógenas no epilépticas (CPNE), en tanto que patrones aberrantes de conectividad funcional entre las áreas motoras y los centros excitatorios serían responsables de otros síntomas conversivos²⁴.

Algunas anormalidades morfofuncionales cerebrales involucradas en la integración cognitiva y mnémica, otorgan especial lugar a las estructuras subcorticales: se ha detectado mediante tomografía por emisión de positrones en pacientes con TC, que la activación córtico-frontal y límbica asociada al estrés emocional podría inhibir los circuitos tálamo-estriado-corticales, creando fallas en la consciencia sensorial y/o en el procesamiento motor y con ello en los actos voluntarios²⁵. Conjuntamente, quienes presentan TS exhibirían mayor actividad límbica ante estímulos dolorosos y una menor densidad de sustancia gris que grupos controles, lo que demostraría una plataforma neurofisiológica para TC y TS ausente en la simulación²⁶.

Familia

Algunos factores de riesgo para el desarrollo de un TS son somatización parental, enfermedad orgánica y/o mental de un otro significativo, ambiente familiar disfuncional, experiencias traumáticas infantiles y apego inseguro²⁷; particularmente, el dolor abdominal funcional se asocia a síntomas internalizantes, pobre bienestar familiar, eventos familiares no normativos y estresores diarios²⁸ como pobres relaciones interpersonales, problemas comunicacionales intrafamiliares y conflictos con los padres en el caso de las niñas⁵, observándose por ejemplo más CPNE en niños con ambientes familiares inadecuados que en aquéllos abusados física y/o sexualmente²⁹.

Jellesma et al³⁰ comprobaron que la preocupación parental no se relacionaba con mayor fre-

cuencia de síntomas somáticos infantiles. Janssens et al³¹, en cambio, señalan que la sobreprotección parental predeciría síntomas somáticos funcionales en adolescentes, influyendo más directamente la de la madre sobre las hijas y la del padre sobre los hijos. Paralelamente, el estrés parental sería factor de riesgo para somatización durante la adolescencia temprana pero protector en la tardía³², mientras que una conducta parental desadaptada –carente de apoyo, aceptación y entendimiento ante problemáticas y con comportamientos que buscan influir conductualmente sobre el hijo (a) –se asociaría a mayor somatización³³, en tanto que algunos de sus mantenedores serían ser mujer, evidenciar síntomas depresivos y una mala percepción de la propia salud; variables como ansiedad y sobreprotección parental no han predicho estos síntomas en otros estudios³⁴, pero las altas expectativas parentales en hijos con menor cociente intelectual predispondrían su aparición³⁵.

Ansiedad y depresión

Algunos expertos aseveran que tanto la ansiedad como la depresión serían factores de riesgo para TS más que sus efectos, pues el impacto de los síntomas psicósomáticos sobre la esfera ansioso-depresiva sería débil¹⁹, lo que confirmarían van der Veek et al, quienes concluyeron que si bien el grado de consciencia emocional –asociada a los niveles de alexitimia–, predeciría quejas somáticas, los factores de mayor relevancia serían la ansiedad y la depresión³⁶, mediando esta última la relación entre alexitimia y somatización³⁷; contrariamente, adecuados niveles de inteligencia emocional serían aspectos protectores³⁸. En el sentido opuesto, una investigación en niños pakistaníes reveló que la somatización predijo mayores grados de ansiedad y depresión³⁹. En otra exploración, los niños con dolor funcional exhibieron mayor sensibilidad ante la ansiedad y la catastrofización, variables que se relacionaron significativamente con la somatización, comportándose como potenciales blancos terapéuticos⁴⁰. En ellos, predominaría una estructura ansiosa por sobre las características externalizantes, al pesquisar mayor ansiedad de separación, fobia social y ausentismo escolar⁴¹.

Manifestaciones sintomatológicas

Perfil clínico

La población infantojuvenil con TS presentaría personalidades más introvertidas y mayores niveles ansioso-depresivos que los controles⁴², verificándose una cantidad significativamente mayor de eventos vitales estresantes (*bullying* escolar, fracasos académicos, castigos por profesores, conflictos con pares y rivalidad fraterna) que en niños sanos. Su temperamento se caracterizaría por una menor emocionalidad y un umbral reactivo más bajo ante estímulos externos⁴³. Empero, estos desórdenes –como sucede con su contenido simbólico– tendrían una expresión diferencial ligada a la cultura: la población asiática reaccionaría con exacerbado estrés ante los síntomas somatomorfos, mientras que la occidental reportaría mayormente fenómenos anímicos⁴⁴. Por su parte, se han informado déficits ejecutivos, dada una reducida capacidad para manipular, retener y bloquear la información interferente, repercutiendo en la atención y la memoria⁴⁵.

Tipos presentacionales

Las principales manifestaciones somatomorfas infantiles son dolor abdominal, cefalea, dolor torácico, vómitos e intolerancia alimentaria, y las conversivas desmayos, ataxia y CPNE⁵, caracterizadas estas últimas por ser expresiones neurológicas fluctuantes, atípicas, exageradas, sin correlato lesional atribuible y con pobre reflejo emocional (“bella indiferencia”). Los estudios de prevalencia infantil de TS son escasos, variando sus resultados según la población estudiada y los métodos aplicados en su pesquisa. En una exploración en niños indios, alrededor de 0,8% configuró algún TS, siendo los más frecuentes los TC (desmayos, ataxia), sobre todo entre mujeres, seguido por TS indiferenciados. Los autores concluyen que la mayor expresión femenina podría entenderse desde un contexto sociocultural de inhibición y represión. Por otro lado, en 18,3% de los portadores de TC se identificó un estresor agudo participante⁵, en cambio, Murase et al⁴⁶ pesquisaros 32% de eventos estresantes gatillantes. En otra prospección en niños con TS, Bujoreanu et al⁴⁷

corroboraron que la mayoría fueron mujeres, los principales motivos de consulta dolor y fenómenos conversivos (CPNE, alteraciones sensorio-motoras, mareo) y las comorbilidades, desórdenes ansiosos y afectivos. La mayoría de los sujetos presentó un temperamento sensible y estilos de afrontamiento internalizantes. Otras características fueron un notorio ausentismo escolar, dificultades de aprendizaje y estrés académico. Igualmente, en un análisis tunecino, los síntomas conversivos estuvieron presentes fundamentalmente en niñas, en infantes con padres menos educados y en pobladores de sectores rurales⁴⁸, hecho reafirmado por un estudio taiwanés que sostiene que los TC predominan en mujeres y en quienes han sufrido de abuso sexual, sin embargo, habrían aumentado su incidencia en niños probablemente por incrementarse las tasas de abuso⁴⁹. Pese a que la mayoría de los trabajos notifican una mejoría clínica para los TS a los 12 meses de tratamiento⁵⁰, la cronificación tendría relación con parámetros como sexo femenino, depresión concomitante, trastornos mentales parentales y eventos vitales negativos⁵¹.

Las CPNE representan entre 3% y 9% de los niños en estudio con monitoreo de vídeo-electroencefalograma prolongado, siendo más prevalentes entre epilépticos –20% a 30% de presentación intercurrente–, sobre todo en epilepsia temporal⁵², e inclusive más en población adulta, grupo que muestra más comorbilidades psiquiátricas y peor pronóstico⁵³. Sus portadores suelen ser mujeres con deficiente funcionamiento psicosocial y peor calidad de vida. Alrededor de 20% de los pacientes con CPNE exhibirían antecedentes neurológicos (meningitis, traumatismo craneoencefálico) que suelen no relacionarse con el fenómeno⁵⁴. Un estudio en pediatras demostró que las características de la historia clínica más orientadoras de CPNE fueron la presencia de estresores psicosociales o trauma, abuso sexual/físico, paroxismos ocurridos en situaciones de estrés y falta de respuesta con anticonvulsivantes; dentro de las manifestaciones clínicas destacaron resistencia a la apertura palpebral, comportamiento evitativo, ocurrencia en presencia de terceros, baja frecuencia de daño físico secundario y ausencia de cambios post-ictales⁵⁵.

Tratamiento

La investigación terapéutica de los TS y TC es escasa y sus resultados contradictorios, más aun en niños y adolescentes. Una aproximación contempla como primer objetivo el logro de un ambiente de desarrollo seguro para el paciente. Inicialmente, el manejo podría efectuarse a nivel sanitario primario, enfatizando la exploración sintomática y su enlace con el estado de salud mental general, desintegrando ideas erróneas concernientes a la salud y sensibilizando sobre aspectos afectivos individuales. No obstante, la derivación a psiquiatría infantojuvenil suele necesitarse ante la pesquisa de comorbilidades, mayor gravedad del proceso y/o refractariedad del cuadro, ante lo cual podría evaluarse una potencial hospitalización. Suele necesitarse idealmente una combinación de psicoterapia individual/familiar y farmacoterapia para el tratamiento comórbido, sobre todo de ansiedad y depresión⁵⁶.

Los principales abordajes psicoterapéuticos son el cognitivo-conductual, psicodinámico-hipnoterapéutico, terapia por intención paradójica y la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares¹⁰. Un metaanálisis demostró que la psicoterapia cognitivo-conductual era eficaz en el tratamiento de los TS⁵⁷, sobre todo en áreas como atribución de dolencias somáticas sesgadas, percepción selectiva de estímulos interoceptivos, catastrofización como patrón de pensamiento y comportamiento evitativo⁵⁸. Otros informes sugieren combinar este enfoque con el *biofeedback* electrodérmico, verificando mejorías en la consciencia interoceptiva y la tensión corporal mediante la estabilización de la hipersensibilidad⁵⁹. Por su parte, la hipnoterapia sería uno de los tratamientos más efectivos para el dolor abdominal funcional⁶⁰. Igualmente útiles serían las técnicas auto-hipnóticas de relajación, enseñadas simultáneamente con una instrucción teórica relativa al origen sintomático inconsciente⁶¹. Además, aunque algunos reportes afirman el éxito de la fisioterapia en el tratamiento de TC, su evidencia es insuficiente y metodológicamente controversial⁶².

En lo referente a las CPNE, se ha detectado

que 76% de los niños con estas manifestaciones, se mantuvo libre de síntomas tras 10 meses de concluido el tratamiento psicosocial –educación parental sobre el reconocimiento sintomático, la naturaleza de la enfermedad y el manejo de paroxismos y psicoterapia cognitivo-conductual individual– y farmacológico –fluoxetina, escitalopram, sertralina y fluvoxamina–⁶³, mientras que en otra investigación, tras tres meses de psico y farmacoterapia, 72% mostró remisión sintomática, 20% disminuyó la frecuencia de las crisis y 8% no tuvo mejoría, aseverando los autores que con un correcto diagnóstico y tratamiento habría un buen pronóstico⁶⁴.

Discusión y Conclusiones

El DSM-5² ha recategorizado tanto los TS como los TC en categorías alternativas que dan cuenta de una mayor utilidad para el médico no psiquiatra y que coloca su énfasis en el malestar y la interferencia provocada por el síntoma más que en la falta de una explicación somática. Lo anterior se fundamenta en la multiplicidad de escenarios médicos en los cuales se presentan estos cuadros, los cuales suelen no detectarse en la práctica clínica cotidiana, siendo consecuentemente tratados errónea e insuficientemente. Actualmente, el reconocimiento de los TS y TC como desórdenes con plataforma traumática¹⁵, ha adquirido tanta importancia como su interpretación psicodinámica histórica^{12,13}, mientras que la evidencia neurobiológica sugiere un vínculo etiológico con fenómenos evolutivos y defensivos^{21,22,25}. Otras variables que se han relacionado con su aparición apuntan a la dinámica familiar¹⁴ en torno a su funcionalidad^{5,29}, al

apego²⁷, estresores no normativos²⁸ y características psicopatológicas parentales³⁰⁻³². Por otra parte, un perfil de personalidad internalizante⁴¹ y la concurrencia de ansiedad y depresión¹⁹ favorecerían la somatización. En relación a su expresión clínica, pese a su carácter transcultural⁵, parecen ser atributos constantes su notoria preponderancia en el sexo femenino⁴⁹, en portadores de epilepsia⁵² y en estratos socioeconómicos bajos⁴⁸ en el contexto de estresores ambientales.

Desde el enfoque terapéutico, un adecuado manejo en atención primaria parece probable, no obstante, la derivación oportuna a un especialista es procedente en casos de mayor complejidad, apuntando principalmente hacia la terapia de las comorbilidades mediante tratamientos farmacológicos y psicológicos individuales y familiares⁵⁶. Nuestros hallazgos demuestran que el uso combinado de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina⁶³ y de psicoterapia cognitivo-conductual, además de la psicoterapia psicodinámica-hipnoterapéutica, podrían ser eficaces^{57,60,61}. Debido a la insuficiente exploración en psiquiatría infanto-juvenil, se hace necesaria una mayor investigación –sobre todo terapéutica–, y puesto que su expresión clínica es polimorfa y ubicua en las disciplinas médicas, emerge la necesidad de masificar su conocimiento y precoz identificación.

Los TS y TC son expresiones polisintomáticas, cuyo eje central es la presencia de síntomas somáticos médicamente no explicados con una repercusión psicosocial significativa. Su difícil reconocimiento actual, dada la falta de consenso diagnóstico y escasa experiencia clínica general, implica un desafío para futuras investigaciones que enriquezcan la detección oportuna y el tratamiento eficaz de estos cuadros.

Resumen

Introducción: Los trastornos somatomorfos (TS) y conversivos (TC) han aumentado su incidencia durante las dos últimas décadas en niños y adolescentes, aunque ambos son habitualmente subdiagnosticados. **Objetivo:** Efectuar una puesta al día de la evidencia sobre TS y TC en niños y adolescentes. **Método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante las bases de datos Medline/PubMed, SciELO y textos especializados. **Resultados:** Existe una alta interconurrencia con trastornos afectivos y ansiosos y se han identificado algunos factores de riesgo, especialmente mayor vulnerabilidad al estrés, disfunción familiar, sobreprotección parental y limitada mentalización de los síntomas físicos (alexitimia), que también perpetúan la sintomatología. Desde la perspectiva etiopatogénica se han invocado hipótesis psicodinámicas, psicosomáticas, traumático-ambientales y biológicas. Los pacientes con TS y TC frecuentemente son mujeres, presentan rasgos más introvertidos de personalidad, más eventos vitales estresantes y déficits ejecutivos. Las convulsiones psicógenas no epilépticas se relacionan con más comorbilidades psiquiátricas y peor pronóstico. Las psicoterapias cognitivo-conductual y la hipnoterapia-psicodinámica combinadas con fármacos inhibidores de la recaptura de serotonina han demostrado ser eficaces en el tratamiento. **Conclusiones:** Los TS y TC en poblaciones infanto juveniles se observan en contextos médicos y psiquiátricos. Su reconocimiento es difícil debido a su etiología multifactorial, la falta de consenso diagnóstico y la escasa experiencia clínica, implicando un verdadero desafío terapéutico, por lo que es indispensable realizar futuras investigaciones en este tópico. Su manejo en la atención primaria parece apropiado, pero en casos más complejos es necesaria su derivación al especialista.

Palabras clave: Trastornos somatomorfos, trastornos conversivos, niño, adolescente.

Referencias bibliográficas

- Garralda ME. Unexplained physical complaints. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2010; 19: 199-209.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales. 5ª Edición. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.
- Khundadze M, Mkheidze R, Geladze N, Bakhtadze S, Khachapuridze N. The causes and symptoms of somatoform disorders in children (review). *GeorgianMed News* 2015; 246: 59-65.
- Ndukuba AC, Ibekwe RC, Odinka PC, Muomah RC, Nwoha SO, Eze C. Knowledge of conversion disorder in children by pediatricians in a developing country. *Niger J Clin Pract* 2015; 18: 534-7.
- Bisht J, Sankhyan N, Kaushal RK, Sharma RC, Grover N. Clinical profile of pediatric somatoform disorders. *Indian Pediatr* 2008; 45: 111-5.
- Boyer L, Henry JM, Samuelian JC, Belzeaux R, Auquier P, Lancon C, *et al.* Mental disorders among children and adolescents admitted to a french psychiatric emergency service. *Emerg MedInt* 2013; 10: 180-4.
- Fineberg NA, Haddad PM, Carpenter L, Gannon B, Sharpe R, Young AH, *et al.* The size, burden and cost of disorders of the brain in the UK. *J Psychopharmacol* 2013; 27: 761-70.
- Winter S, Köberle C, Lenz K, Pfeiffer E, Lehmkuhl U. Systematics of somatoform disorders in children and adolescents. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2013; 62: 639-53.
- Schulte I, Petermann F. Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! What about children and adolescents? *J Psychosom Res* 2011; 70: 218-28.
- Diseth TH, Christie HJ. Trauma-related disso-

- ciative (conversion) disorders in children and adolescents: an overview of assessment tools and treatment principles. *Nord J Psychiatry* 2005; 59: 278-92.
11. Ouss L, Tordjman E. Conversive disorders among children and adolescents: towards new “complementarist” paradigms? *Neurophysiol Clin* 2014; 44: 411-16.
 12. Ramos J, Vásquez R. Aproximación crítica a los trastornos somatomorfos en niños. *Rev Colomb Psiquiat* 2012; 41: 900-9.
 13. Verhaeghe P, Vanheule S, de Rick A. Actual neurosis as the underlying psychic structure of panic disorder, somatization, and somatoform disorder: an integration of Freudian and attachment perspectives. *Psychoanal Q* 2007; 76: 1317-50.
 14. Grieser J. The body as a third processes of psychosomatic triangulation using the example of adolescence. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2010; 59: 140-58.
 15. Diseth TH. Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma: an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nord J Psychiatry* 2005; 59: 79-91.
 16. Guerriero RM, Pier DB, de Gusmão CM, Bernson-Leung ME, Maski KP, Urion DK, *et al.* Increased pediatric functional neurological symptom disorders after the Boston marathon bombings: a case series. *Pediatr Neurol* 2014; 51: 619-23.
 17. Barkmann C, Braehler E, Schulte-Markwort M, Richterich A. Chronic somatic complaints in adolescents: prevalence, predictive validity of the parent reports, and associations with social class, health status, and psychosocial distress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 46: 1003-11.
 18. Plioplys S, Doss J, Siddarth P, Bursch B, Falcone T, Forgey M, *et al.* A multisite controlled study of risk factors in pediatric psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia* 2014; 55: 1739-47.
 19. Janssens KA, Rosmalen JG, Ormel J, van Oort FV, Oldehinkel AJ. Anxiety and depression are risk factors rather than consequences of functional somatic symptoms in a general population of adolescents: the TRAILS study. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51: 304-12.
 20. Kozłowska K, Williams LM. Self-protective organization in children with conversion and somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2009; 67: 223-33.
 21. Kozłowska K. The developmental origins of conversion disorders. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2007; 12: 487-510.
 22. Kozłowska K, Scher S, Williams LM. Patterns of emotional-cognitive functioning in pediatric conversion patients: implications for the conceptualization of conversion disorders. *Psychosom Med* 2011; 73: 775-88.
 23. Kozłowska K. Functional somatic symptoms in childhood and adolescence. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 485-92.
 24. Kozłowska K, Palmer DM, Brown KJ, McLean L, Scher S, Gevirtz R, *et al.* Reduction of autonomic regulation in children and adolescents with conversion disorders. *Psychosom Med* 2015; 77: 356-70.
 25. Harvey S, Stanton B. Conversion disorder: towards a neurobiological understanding. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2006; 2: 13-20.
 26. Browning M, Fletcher P, Sharpe M. Can neuroimaging help us to understand and classify somatoform disorders? A systematic and critical review. *Psychosom Med* 2011; 45: 111-5.
 27. Schulte IE1, Petermann F. Familial risk factors for the development of somatoform symptoms and disorders in children and adolescents: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev* 2011; 42: 569-83.
 28. Schulte IE, Petermann F, Noeker M. Functional abdominal pain in childhood: from etiology to maladaptation. *Psychother Psychosom* 2010; 79: 73-86.
 29. Vincentis S, Valente KD, Thomé-Souza S, Kuczinsky E, Fiore LA, Negrão N. Risk factors for psychogenic nonepileptic seizures in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2006; 8: 294-8.
 30. Jellesma FC, Rieffe C, Terwogt MM, Westenberg PM. Do parents reinforce somatic complaints in their children? *Health Psychol* 2008; 27: 280-5.
 31. Janssens KA, Oldehinkel AJ, Rosmalen JG. Parental overprotection predicts the development of functional somatic symptoms in young adolescents. *J Pediatr* 2009; 154: 918-23.

32. Rousseau S, Grietens H, Vanderfaeillie J, Hoppenbrouwers K, Wiersema JR, van Leeuwen K. Parenting stress and dimensions of parenting behavior: cross-sectional and longitudinal links with adolescents' somatization. *Int J Psychiatry Med* 2013; 46: 243-70.
33. Rousseau S, Grietens H, Vanderfaeillie J, Hoppenbrouwers K, Wiersema JR, Baetens I, *et al.* The association between parenting behavior and somatization in adolescents explained by physiological responses in adolescents. *Int J Psychophysiol* 2014; 93: 261-6.
34. Janssens KA, Klis S, Kingma EM, Oldehinkel AJ, Rosmalen JG. Predictors for persistence of functional somatic symptoms in adolescents. *J Pediatr* 2014; 164: 900-5.
35. Kingma EM, Janssens KA, Venema M, Ormel J, de Jonge P, Rosmalen JG. Adolescents with low intelligence are at risk of functional somatic symptoms: the TRAILS study. *J Adolesc Health* 2011; 49: 621-6.
36. van der Veek SM, Nobel RA, Derkx HH. The relationship between emotion awareness and somatic complaints in children and adolescents: Investigating the mediating role of anxiety and depression. *Psychol Health* 2012; 27: 1359-74.
37. Allen LB, Qian Lu, Tsao JC, Hayes LP, Zeltzer LK. Depression partially mediates the relationship between alexithymia and somatization in a sample of healthy children. *Health Psychol* 2011; 16: 1177-86.
38. Jellesma FC, Rieffe C, Terwogt MM, Westenberg PM. Children's sense of coherence and trait emotional intelligence: a longitudinal study exploring the development of somatic complaints. *Psychol Health* 2011; 26: 307-20.
39. Imran N, Ani C, Mahmood Z, Hassan KA, Bhatti MR. Anxiety and depression predicted by medically unexplained symptoms in Pakistani children: a case-control study. *J Psychosom Res* 2014; 76: 105-12.
40. Tsao JC, Allen LB, Evans S, Lu Q, Myers CD, Zeltzer LK. Anxiety sensitivity and catastrophizing: associations with pain and somatization in non-clinical children. *J Health Psychol* 2009; 14: 1085-94.
41. Serra Giacobbo R, Jané MC, Bonillo A, Ballepí S, Díaz-Regañón N. Somatic symptoms, severe mood dysregulation, and aggressiveness in preschool children. *Eur J Pediatr* 2012; 171: 111-9.
42. Kouijzer ME, Loman F, van der Feltz-Cornelis CM. A description of children and adolescents with somatic unexplained physical symptoms in a Dutch mental health care institution. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 599-608.
43. Krishnakumar P, Sumesh P, Mathews L. Temperamental traits associated with conversion disorder. *Indian Pediatr* 2006; 43: 895-9.
44. Weiss B, Tram JM, Weisz JR, Rescorla L, Achenbach TM. Differential symptom expression and somatization in Thai *versus* U.S. children. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77: 987-92.
45. Kozłowska K, Palmer DM, Brown KJ, Scher S, Chudleigh C, Davies F, *et al.* Conversion disorder in children and adolescents: a disorder of cognitive control. *J Neuropsychol* 2015; 9: 87-108.
46. Murase S, Sugiyama T, Ishii T, Wakako R, Ohta T. Polysymptomatic conversion disorder in childhood and adolescence in Japan. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 132-5.
47. Bujoreanu S, Randall E, Thomson K, Ibeziako P. Characteristics of medically hospitalized pediatric patients with somatoform diagnoses. *Hosp Pediatr* 2014; 4: 283-90.
48. Halayem S, Bouden A, Hammami M, Hamza M, Halayem MB. Somatic manifestations among depressed children: the case of complains and conversion symptoms. *Tunis Med* 2014; 92: 154-8.
49. Huang KL, Su TP, Lee YC, Bai YM, Hsu JW, Yang CH, *et al.* Sex distribution and psychiatric features of child and adolescent conversion disorder across 2 decades. *J Chin Med Assoc* 2009; 72: 471-7.
50. Ani C, Reading R, Lynn R, Forlee S, Garralda E. Incidence and 12-month outcome of non-transient childhood conversion disorder in the UK and Ireland. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 413-8.
51. Essau C. Course and outcome of somatoform disorders in non-referred adolescents. *Psychosomatics* 2007; 48: 502-9.
52. Valente KD. Psychogenic nonepileptic seizures in children and adolescents with epilepsy. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2007; 13: 10-4.

53. Lortie A. Psychogenic non epileptic seizures. *Handb Clin Neurol* 2013; 112: 875-9.
54. Akdemir D, Uzun O, Pehlivanürk Özsungur B, Topçu M. Health-related quality of life in adolescents with psychogenic non epileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2013; 29: 516-20.
55. Wichaidit BT, Østergaard JR, Rask CU. Diagnostic practice of psychogenic nonepileptic seizures (PNES) in the pediatric setting. *Epilepsia* 2015; 56: 58-65.
56. Campo JV, Fritz GK. Somatoform disorders. In: Martin A & Volkmar F, editors. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, Fourth Edition*. Baltimore: Lippincott & Wilkins, 2007. p. 633-47.
57. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res* 2012; 36: 427-40.
58. Besson S. Cognitive behavioral therapy of somatoform autonomic disorders. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2013; 62: 670-90.
59. Pop-Jordanova N. Electrodermal biofeedback in treating psychogenic non epileptic seizures. *Prilozi* 2005; 26: 43-51.
60. Gottsegen D. Hypnosis for functional abdominal pain. *Am J Clin Hypn* 2011; 54: 56-69.
61. Anbar RD. Subconscious guided therapy with hypnosis. *Am J Clin Hypn* 2008; 50: 323-34.
62. Fitz Gerald TL, Southby AK, Haines TP, Hough JP, Skinner EH. Is physiotherapy effective in the management of child and adolescent conversion disorder? A systematic review. *J Paediatr Child Health* 2015; 2: 159-67.
63. Rawat VS, Dhiman V, Sinha S, Vijay Sagar KJ, Thippeswamy H, Chaturvedi SK, *et al.* Co-morbidities and outcome of childhood psychogenic non-epileptic seizures- an observational study. *Seizure* 2015; 25: 95-8.
64. Bhatia MS, Sapra S. Pseudoseizures in children: a profile of 50 cases. *Clin Pediatr (Phila)* 2005; 44: 617-21.