



REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

Somatización, ansiedad y depresión en niños y adolescentes

Somatization disorder, anxiety and depression in children and adolescents

Viviana Herskovic^a✉, Marcela Matamala^a

^a Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia. Departamento de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 21 11 2019.
Aceptado: 21 01 2020.

Palabras clave:

Trastornos de somatización, ansiedad, depresión, infancia, adolescencia, comorbilidad.

Key words:

Somatoform disorders, anxiety, depression, child, adolescent, comorbidity.

RESUMEN

Los trastornos de salud mental como depresión y ansiedad tienden a coexistir frecuentemente con los trastornos de somatización, siendo estos últimos una causa frecuente de consulta en especialidades médicas en niños y adolescentes. Es necesario poder pesquisarlos y diagnosticarlos para poder tratarlos adecuadamente. En la actualidad se cuenta con tratamientos eficaces y seguros para estos cuadros, ya sea estén aislados o en comorbilidad. Tanto la terapia cognitivo conductual como los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, solos o combinados, han demostrado ser intervenciones exitosas en estos niños y adolescentes. En el presente artículo se realiza una revisión de cómo se conceptualizan como una dimensión psicopatológica actualmente estos trastornos y cómo se relacionan entre ellos.

SUMMARY

Psychiatric disorders such as depression and anxiety are frequently comorbid with somatization disorders, the latter ones are a common cause for medical specialties consultation in the pediatric population. It is thus necessary to identify and diagnose these disorders in order to be able to treat them. Currently, there are safe and effective treatments for these disorders, whether they are isolated or comorbid. Both cognitive behavioral therapy and selective serotonin reuptake inhibitors, alone or combined, have proven to be successful in treating these children and adolescents. This is a review of the current conceptualization of this psychopathologic dimension and how these disorders are interrelated.

✉ Autor para correspondencia
Correo electrónico: vherskovic@clc.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.006>
e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



INTRODUCCIÓN

El trastorno de síntomas somáticos es de alta frecuencia durante la niñez y adolescencia, y puede llegar a ser de mucha relevancia ya que puede interferir con el funcionamiento de la persona, disminuir la asistencia escolar y motivar consultas en múltiples especialidades médicas. Los síntomas depresivos y ansiosos tienden a coexistir con los síntomas somáticos, lo que ha sido considerado hasta ahora como comorbilidad, pero es tan frecuente que se presenten juntos, que ha motivado a algunos grupos a plantear la necesidad de realizar cambios en la nosología existente y reconceptualización de las dimensiones sintomáticas. El objetivo de este artículo es ayudar a comprender cómo se relacionan los síntomas de estas tres esferas en niños y adolescentes.

EPIDEMIOLOGÍA

Los síntomas somáticos como dolor abdominal, dolor de cabeza, dolor de espalda y sensación de cansancio, son frecuentes en la población general^{1,2}. Los síntomas somáticos tienen altos costos, tanto directos para el cuidado de la salud, como también en una perspectiva social más amplia debido a la disminución de la productividad^{3,4}. La investigación en las últimas dos décadas ha documentado que los síntomas somáticos también son comunes en las muestras comunitarias de niños y adolescentes, particularmente entre las niñas^{5,6}.

Los síntomas somáticos que se presentan con mayor frecuencia en niños y adolescentes son dolor, cansancio, desmayos y náuseas^{7,8}. Específicamente, el dolor somático crónico (dolor de cabeza, dolor abdominal y musculoesquelético recurrente) parece ser muy frecuente, afectando hasta a un 25% de los niños y adolescentes en muestras de la población general⁷⁻¹⁰. El 10,8% de los niños y adolescentes que sufre de un trastorno de dolor somático crónico tiene un riesgo tres veces mayor de desarrollar comorbilidades psiquiátricas, en comparación con los controles sanos, especialmente síntomas de ansiedad o depresión⁹⁻¹¹. Además, los adolescentes con trastornos depresivos, de ansiedad y trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta presentan mayor riesgo de desarrollar síntomas somáticos como el dolor crónico, por lo que la asociación es bidireccional. Por otro lado, la depresión y los trastornos de ansiedad pueden ser una consecuencia del dolor crónico^{12,13}. Hasta el 50% de los niños y adolescentes con trastorno de síntomas somáticos presentan comorbilidad psiquiátrica con uno o más de los cuadros mencionados¹⁴.

Como consecuencia, los niños y adolescentes afectados por estas patologías manifiestan alteraciones en su funcionamiento: tienen un peor rendimiento escolar¹⁵, mayor ausentismo escolar, mayor frecuencia de conflicto en las relaciones

interpersonales^{16,17}, más consultas médicas y además pueden presentar dificultades a nivel vocacional^{7,11,18}.

SÍNTOMAS SOMÁTICOS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO GRUPO DE TRASTORNOS INTERNALIZANTES

Debido a que la ansiedad, la depresión y los síntomas somáticos se presentan con frecuencia de manera comórbida en niños y adolescentes y que este grupo de síntomas internalizantes es altamente prevalente y tiene repercusiones negativas durante la adolescencia y adultez. Campo et al. propusieron un modelo transdiagnóstico para trastornos internalizantes, que agrupa los síntomas somáticos, la ansiedad y la depresión como un solo gran diagnóstico ("*the internalizing cluster*"), debido a los factores que se detallan a continuación. Según su modelo: sensibilidad biológica al estrés, mayor anticipación y experiencia de dolor y estrés, cogniciones desadaptativas e inhibición y evitación del comportamiento¹⁹.

Sensibilidad biológica al estrés

En la literatura ha sido planteado que en adolescentes y adultos existiría una vulnerabilidad biológica a las reacciones de estrés agudo, por ejemplo, se ha descrito hiperactividad de la amígdala en sujetos con trastornos ansiosos estudiados mediante resonancia magnética cerebral funcional^{20,21}. Las teorías de la depresión sugieren una vulnerabilidad genética a presentar desregulación del estado de ánimo en respuesta a eventos vitales estresantes, con polimorfismos en el sistema serotoninérgico (menor unión de serotonina al receptor 1A), lo que también ha sido descrito en individuos con ansiedad²². Los jóvenes con quejas somáticas demuestran respuestas fisiológicas y afectivas a estresores similares a las de los jóvenes ansiosos y deprimidos, así como una mayor sensibilidad al dolor²³. Al igual que con la ansiedad y la depresión, las estructuras cerebrales implicadas en el dolor son aquellas relevantes para la atención y el procesamiento emocional de la amenaza y el miedo, por lo que estas tres dimensiones de ansiedad, depresión y dolor están relacionadas a nivel estructural²⁴.

Mayor anticipación y experiencia de dolor y estrés

Las personas ansiosas presentan un umbral más bajo al estrés ambiental, interpretando como amenaza situaciones ambiguas o no amenazantes. La hipervigilancia es considerada como una característica central de la ansiedad, junto con anticipación del daño ante la amenaza, en todos los trastornos de ansiedad pediátricos²⁵. Esto también se ha descrito en adolescentes con dolor abdominal funcional²⁶, mostrando una mayor anticipación del dolor o el estrés fisiológicos.

Cogniciones desadaptativas y mala resolución de problemas

Los jóvenes ansiosos presentan interpretaciones cognitivas

inexactas y demasiado amenazantes de los eventos. Del mismo modo, los jóvenes deprimidos exhiben estilos cognitivos inexactos, negativos y sin esperanza, y los jóvenes con síntomas somáticos parecen tener una percepción aumentada de la posibilidad de enfermar²⁷ y expresar creencias acerca de que el dolor es ineludible e incontrolable. Además, las características personales de preocupación pesimista, miedo a la incertidumbre y la hipersensibilidad al cambio ambiental o la adversidad, se han asociado consistentemente con una vulnerabilidad para desarrollar ansiedad, depresión y trastornos somáticos¹⁹.

Inhibición y evitación del comportamiento

Los adolescentes con ansiedad presentan respuestas conductuales desadaptativas a la amenaza (inhibición conductual y evitación), mientras que los jóvenes deprimidos muestran respuestas conductuales desadaptativas al estrés (evitación y pobres estrategias de resolución de conflictos). Los jóvenes con quejas somáticas muestran comportamientos similares. Por ejemplo, el dolor abdominal recurrente en la juventud se ha asociado con la inhibición del comportamiento y la prevención del daño, y el miedo y la experiencia del dolor pueden utilizarse como una oportunidad de evitar actividades físicamente difíciles o desafiantes¹⁹.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Es esencial identificar a los niños y adolescentes con trastornos de síntomas somáticos, lo que no resulta fácil, ya que habitualmente consultan en servicios pediátricos y no en salud mental, dada la naturaleza de sus quejas: dolor abdominal recurrente, cefalea, dolor precordial, disnea, lipotimias, fatiga, dolor musculoesquelético²⁸. No siempre el componente ansioso o depresivo es evidente en estos pacientes, en nuestra experiencia, en ocasiones los síntomas somáticos son la única forma de la que presentan síntomas. Se debe considerar que puede existir un componente de síntomas somáticos cuando el niño o adolescente lo ha presentado por semanas o meses sin deterioro orgánico, cuando se presenta la mayor parte de las veces solo en un contexto (por ejemplo, siempre en la escuela o el domingo antes de regresar a clases), o cuando ceden espontáneamente los síntomas durante períodos de menor estrés (por ejemplo, durante las vacaciones), y hay fracaso en encontrar una causa orgánica para los síntomas y mala respuesta a los tratamientos habituales, entre otros.

Existe un grupo de niños y adolescentes consultantes por un subtipo de trastorno de síntomas somáticos con dolor, el dolor regional complejo, en los cuales los pacientes se presentan con menos síntomas de ansiedad y depresión que los otros trastornos de síntomas somáticos, pero presentan

con mayor frecuencia antecedentes de eventos vitales estresantes²⁹. En nuestra experiencia clínica local, en nuestros pacientes hemos hallado eventos traumáticos como abuso sexual infantil y altos niveles de conflictos familiares, lo que coincide con lo que ha sido reportado en la literatura³⁰.

Los trastornos de síntomas somáticos han sido asociados a depresión y ansiedad hasta en 50% de los casos¹⁴, por lo que siempre se debe evaluar si existe presencia de síntomas anímicos y ansiosos en estos niños y adolescentes, al igual que es de importancia buscar factores estresores gatillantes o agravantes de estos cuadros. El diagnóstico psiquiátrico de ansiedad y depresión es clínico y puede además apoyarse en una evaluación psicológica emocional. Muchas veces se acompaña de dificultad para expresar las emociones y se ve en niños sobreadaptados, que funcionan bien en la familia y escuela, evitando dar problemas y preocupaciones a sus padres.

TRATAMIENTO

Existe evidencia de que el tratamiento tiene bases comunes para ansiedad, depresión y síntomas somáticos. Tanto los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) como la terapia cognitivo conductual (TCC) han demostrado efectos en el tratamiento de estos trastornos en niños¹⁹. El uso de la TCC en trastornos ansiosos y depresivos está bien establecido y se ha ido acumulando evidencia a su favor para el uso en trastornos de síntomas somáticos como, por ejemplo, en el dolor abdominal recurrente¹⁹. Las técnicas más utilizadas para estos tres cuadros son relajación, resolución de problemas y reducción de la evitación¹⁹.

Asimismo, existe una respuesta común a los ISRS en estos tres cuadros, lo que apoyaría su origen psicopatológico común. Ya está establecido que los niños y adolescentes con ansiedad y depresión responden tanto a TCC como a ISRS de manera similar, siendo esa respuesta mejor aún si el tratamiento es combinado. Existen informes de que esto mismo sucede en los trastornos de síntomas somáticos, donde los ISRS ya tienen indicación en adultos y existen reportes prometedores en niños de ensayos abiertos³¹.

Por lo tanto, ante un niño o adolescente con un trastorno de síntomas somáticos, se debe primero realizar psicoeducación, explicando que no existe una causa orgánica que explique los síntomas, pero sí pueden estar relacionados a un componente emocional. En ocasiones esta explicación genera gran alivio para el paciente y sus padres. En cuadros leves, se puede intentar exclusivamente con TCC, ante el fracaso de esta intervención por sí sola, o ante cuadros moderados a severos, ya sea en intensidad, frecuencia, duración, o la discapacidad que producen, se debe iniciar un ISRS asociado a la TCC. El ISRS se

debe mantener por un período estimado de 6 meses a 1 año luego de la remisión de los síntomas. Cuando el trastorno de síntomas somáticos se asocia a un trastorno de ansiedad o un trastorno depresivo, siempre se deben tratar estos cuadros.

CURSO Y PRONÓSTICO

Sin tratamiento, la ansiedad y depresión en la juventud pueden conducir a la continuación de los trastornos internalizantes en la edad adulta, asociándose a dificultades laborales y uso de sustancias. De manera similar, los niños con trastorno de síntomas somáticos tienen mayores probabilidades de tener peores resultados de salud, problemas de asistencia y rendimiento escolar y otras dificultades psicosociales que sus pares. Además, la presencia de síntomas somáticos infantiles predice la psicopatología del adulto y la aparición de dolor persistente en la edad adulta³². De la misma manera, el dolor abdominal funcional en la infancia puede predecir la ocurrencia de trastornos ansioso-depresivos en la edad adulta^{33,34}.

DISCUSIÓN

En conclusión, los síntomas somáticos, ansiedad y depresión son dimensiones de psicopatología que se han relacionado en su presentación tanto en niños y adolescentes como adultos. Esto ha sido descrito en la literatura, pero también coincide con lo observado en la práctica clínica. Es posible plantearlo como un cuadro con características psicopatológicas comunes y con respuesta similar a los mismos tratamientos, por lo que está en discusión en la literatura actual la posibilidad de abordarlo como un gran continuo psicopatológico. Cuando nos enfrentamos en niños o adolescentes a un cuadro de dolor que no presenta un patrón típico, no responde a tratamiento habitual y no se encuentra causa orgánica que lo explique, debe plantearse la posibilidad de un trastorno de síntomas somáticos, debe pesquisarse si existe sintomatología ansiosa o depresiva asociada, y debe ser derivado a salud mental para su tratamiento. En la actualidad se cuenta con tratamientos seguros y eficaces para estos cuadros, pudiendo tener un impacto en la evolución del niño a corto, mediano y largo plazo.

Declaración de conflictos de interés

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Poulsen OM, Persson R, Kristiansen J, Andersen LL, Villadsen E, Ørbæk P. Distribution of subjective health complaints, and their association with register based sickness absence in the Danish working population. *Scand J Public Health*. 2013;41:150-157.
2. Petrie KJ, Faasse K, Crichton F, Grey A. How common are symptoms? Evidence from a New Zealand national telephone survey. *BMJ Open*. 2014;4:e005374.
3. Creed F, Barsky A, Leiknes KA. *Epidemiology: prevalence, causes and consequences*. In: Creed F, Henningsen P, Fink P, editors. *Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: developing better clinical services*. Cambridge: Cambridge University Press 2011; 1-42.
4. Græsholt-Knudsen T, Skovgaard AM, Jensen JS, Rask CU. Impact of functional somatic symptoms on 5-7-year-olds' healthcare use and costs. *Arch Dis Child*. 2017;102(7):617-623.
5. Östberg V, Alfvén G, Hjerm A. Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren. *Acta Paediatr*. 2006; 95: 929-934.
6. Swain MS, Henschke N, Kamper SJ, Gobina I, Ottová-Jordan V, Maher CG. An international survey of pain in adolescents. *BMC Public Health*. 2014;14:447.
7. Hinton H, Kirk S. Families and healthcare professionals' perceptions of healthcare services for children and young people with medically unexplained symptoms: a narrative review of literature. *Health Soc Care Community*. 2016;24(1):12-26.
8. Grattan-Smith P, Dale R. Pediatric functional neurologic symptoms. In: Hallett M, Stone J, Carson A, editors. *Handbook of clinical disorders*. New York: Elsevier. 2016; 489-498.
9. Eccleston C, Maleson PN, Clinch J, Conell H, Sourbut C. Chronic pain in adolescents: evaluation of a programme of interdisciplinary cognitive behaviour therapy. *Arch Dis Child*. 2003; 88: 881-885.
10. Erhart M, Weimann A, Bullinger M. Psychological comorbidity in children and adolescents with chronic somatic diseases. *Bundesgesundheitsblatt*. 2011; 54: 66-74.
11. Ani C, Reading R, Lynn R, Forlee S, Garraza E. Incidence and 12-month outcome of non-transient childhood conversion disorder in the UK and Ireland. *Br J Psychiatry*. 2012; 202: 413-418.
12. Tegethoff M, Belardi A, Stalujanis E, Meinschmidt G. Comorbidity of mental disorders and chronic pain: chronology of onset in adolescents of a national representative cohort. *J Pain*. 2015; 16: 1054-1064.
13. Shanahan L, Zucker N, Copeland WE, Bondy CL, Egger HL, Costello EJ. Childhood somatic complaints predict generalized anxiety and depressive disorders during young adulthood in a community sample. *Psychol Med*. 2015; 45: 1721-1730.
14. Husain H, Browne T, Chalder T. A review of psychological models and interventions for medically unexplained somatic symptoms in children. *Child Adolesc Ment Health*. 2007;12:2-7.
15. Modin B, Karvonen S, Rahkonen O, Östberg V. School performance, school segregation, and stress-related symptoms: comparing Helsinki and Stockholm. *Sch Eff Sch Improv*. 2015; 26: 467-486.
16. Campo JV, Fritsch SL. Somatization in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994; 33: 1223-1235
17. Låftman SB, Östberg V. The pros and cons of social relations. An analysis of adolescents' health complaints. *Soc Sci Med*. 2006; 63: 611-623.
18. Thompson R, Delaney P, Flores I, Szigethy E. Cognitive-behavioral

- therapy for children with comorbid physical illness. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2011; 20: 329-348.
19. Weersing R, Rozenman S, Maher-Bridge M, Campo J. Anxiety, Depression, and Somatic Distress: Developing a transdiagnostic Internalizing Toolbox for Pediatric Practice *Cogn Behav Pract.* 2012; 19(1): 68-82.
 20. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy.* 2004; 35: 205-230.
 21. Phan KL, Fitzgerald DA, Nathan PJ, Tancer ME. Association between amygdala hyperactivity to harsh faces and severity of social anxiety in generalized social phobia. *Biol Psychiatry.* 2006;59(5):424-9
 22. Lanzenberger RR, Mitterhauser M, Spindelegger C, Wadsak W, Klein N, Mein L, et al. Reduced serotonin-1A receptor binding in social anxiety disorder. *Biol Psychiatry.* 2007; 61: 1081-1089.
 23. Lipsitz JS, Masia-Warner C, Apfel H, Marans Z, Hellstern B, Forand N, et al. Anxiety and depressive symptoms and anxiety sensitivity in youngsters with noncardiac chest pain and benign heart murmurs. *J Child Psychol Psychiatr.* 2005;29(8):607-12.
 24. Price D. Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of pain. *Science.* 2000; 288: 1769-1772.
 25. Klein RG. Anxiety disorders. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009; 50: 153-162.
 26. Campo JV, Bridge J, Ehmann M, Altman S, Lucas A, Birmaher B, et al. Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatrics.* 2004; 113: 817-824.
 27. Campo JV, Di Lorenzo C, Chiappetta L, Bridge J, Colborn D, Gartner J, et al. Adult outcomes of pediatric recurrent abdominal pain: Do they "just grow out of it"? *Pediatrics.* 2001; 108: E1.
 28. Wager J, Brehmer H, Hirschfeld G, & Zernikow B. Psychological distress and stressful life events in pediatric complex regional pain syndrome. *Pain Res Manag.* 2015; 20(4): 189-194.
 29. Campo, JV. Annual Research Review - Functional somatic symptoms and associated anxiety and Depression: developmental psychopathology in pediatric practice. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012;53(5):575-92.
 30. Weissmann R, & Uziel Y. Pediatric complex regional pain syndrome: a review. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2016; 14(1): 29.
 31. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, Kendall P. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *NEJM.* 2008; 359: 2753-2766.
 32. Gureje O, Simon GE, Von Korff M. A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. *Pain.* 2001; 92: 195-200.
 33. Shanahan L, Zucker N, Copeland WE, Bondy CL, Egger HL, Costello EJ. Childhood somatic complaints predict generalized anxiety and depressive disorders during young adulthood in a community sample. *Psychol Med.* 2015; 45: 1721-1730.
 34. Shelby GD, Shirkey KC, Sherman AL, Beck JE, Haman K, Shears AR, Horst SN, Smith CA, Garber J, Walker LS. Functional abdominal pain in childhood and long-term vulnerability to anxiety disorders. *Pediatrics.* 2013; 132: 475-482.