

El adolescente con trastornos psicósomáticos

J. Sasot Llevadot, RMª. Ibañez Bordas, A. Salabert Capdevila.

Artículo publicado en el libro: ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE. Edit. Ergón. 2012.

AUTORES:

Dr. Jordi Sasot LLevadot

Psiquiatra Infanto-Juvenil
Director de la Unidad de Paidopsiquiatría
Centro Médico Teknon
Barcelona

Rosa Mª Ibañez Bordas

Psicóloga Clínica Infanto-Juvenil
Directora de Psicología de la Unidad de Paidopsiquiatría
Centro Médico Teknon
Barcelona

Alba Salabert Capdevila

Psicóloga Clínica Infanto-Juvenil
Centro Médico Teknon
Barcelona

Telf: 934581041

Fax: 934577072

E-mail:

sasot@dr.teknon.es

rmibanez@centreguia.com

asalabert@centreguia.com

PALABRAS CLAVE:

Somatización

Psicosomática

Psicobiología

Ansiedad

Cognitivo-Conductual

DSM-5

El adolescente con trastornos psicossomáticos

J. Sasot Llevadot, RM^a. Ibañez Bordas, A. Salabert Capdevila.

CONCEPTO DE TRASTORNO PISCOSOMÁTICO

Si bien hace años autores como *Schneider(1991)[1]* comentaban que el drama de la psicossomática era el de estar situada en un lugar tal en el que no puede separarse lo biológico de lo psicológico, hoy en día hemos de agradecerle su inequívoca expresión de la implicación biológica de toda enfermedad psiquiátrica y/o psicológica.

Ajuariaguerra(1982)[2] definió como trastorno psicossomático aquel disturbio somático, pasajero o permanente, en cuya génesis interviene un trastorno psicológico presente o pasado y que pone en evidencia organizaciones psicológicas precoces. Esta visión reducida, hoy en día podríamos ampliarla cerrando el concepto con la frase, "que pone en evidencia organizaciones psicobiológicas precoces".

Definir en qué consisten los trastornos psicossomáticos en la infancia, ha sido siempre un punto de discordia entre los propios expertos.

Hay definiciones amplias como la de *Tamminen(1991)[3]*, que considera a los síntomas psicossomáticos como quejas físicas que no están asociadas con ninguna enfermedad orgánica. Concepto al que pone su contrapunto *Garralda(1992)[4]* al decir que una visión clínica amplia no diferencia entre condiciones orgánicas y psicossomáticas.

Kreisler(1976)[5] define la medicina psicossomática como aquella concepción doctrinal y patogénica que acepta e incluye los factores psíquicos y conflictuales en el determinismo o en el desarrollo de las enfermedades físicas.

En la actualidad, la teoría psicossomática pone su acento en las respuestas psicofisiológicas a los estímulos ambientales. Se ha sugerido que el paciente procesa el estrés en los niveles tanto inconsciente como consciente y le adjudica un significado subjetivo. Es este significado subjetivo el que activa emociones que provocan cambios fisiológicos y del comportamiento, cuya consecuencia son los trastornos psicossomáticos. Además se cree que existe una predisposición (genética) a responder a los factores de estrés y a <<aprender>> a manejarlos de una determinada manera. Por lo tanto, es posible que un adolescente responda a los factores de estrés en forma preferencial, con determinados síntomas como cefaleas, dolor abdominal u otros.

William R. Yates(2010)[6], basándose en los manuales de diagnóstico mental *DSM-IV-TR* y *CIE-10*, describe en una publicación acerca de los trastornos somatomorfos, que representan un grupo de

trastornos caracterizados por la presencia de síntomas físicos que sugieren enfermedad médica y que sin embargo, presentan una condición psiquiátrica, porque no pueden ser explicados por la presencia de una enfermedad médica, ni uso de sustancias, ni otro trastorno mental.

Pedreira(2002)[7] añade que para un hallazgo de estos cuadros se requiere por lo tanto un diagnóstico <<por exclusión>> porque vienen definidos por -la ausencia de-; pudiéndonos orientar en consecuencia en el diagnóstico, la evidencia de acontecimientos vitales estresantes correlacionados con el síntoma. En este sentido, *Garralda* agrega que el clínico debe sospechar que los factores psicológicos están jugando un papel importante en la presentación de los síntomas si existe coincidencia en el tiempo entre el síntoma y un estresor psicosocial y si la severidad y la discapacidad no se asocian a ningún cuadro fisiológico presente.

Según *Garralda(1992)*, los cuadros psicósomáticos se clasificarían en: aquellos en los que los factores psíquicos sustituyen o tienen un peso etiológico fundamental en los síntomas físicos, p.ej el trastorno conversivo; los que los factores psicológicos influyen en el desarrollo de patología física, p.ej trastornos psicósomáticos; y los que los síntomas físicos constituyen la manifestación principal del trastorno mental, p.ej trastornos de alimentación.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOSOMÁTICA

En nuestro siglo, dos líneas de investigación han sido las fundamentales, la basada en el hecho fisiológico, que hace hincapié en el nivel de organización biológico y la que se fundamenta en lo mental, haciendo hincapié en el nivel de organización psicológica.

Respecto a la primera, en la tercera década de este siglo se describió la reacción de alarma y la reacción de combate-huida, apreciándose la activación suprarrenal que llevaba consigo y el paso rápido de catecolaminas a la circulación. Posteriormente, *Selye(1956)[8]* fue quien propuso diferenciar entre la causa del trastorno físico (la desequilibrante) y su efecto (desequilibrio). Denominó a los primeros <<estresores>> y al estado de desequilibrio, <<estrés>>. El mismo autor describió el síndrome general de adaptación a estresores y postuló tres etapas en el mismo: alarma, resistencia y agotamiento, variable según la intensidad y el tiempo de mantenimiento del agente estresor. Según Selye, el organismo humano responde a los distintos factores de estrés con una cascada de modificaciones hormonales, bioquímicas e inmunológicas, presididas por la reacción hipófiso-suprarrenal, con aumento de ACTH y corticosteroides. Una fase inicial de alarma iría seguida de otra de resistencia, compensación o defensa. Cuando la intensidad o cronificación de los estímulos estresantes obligan a una adaptación excesiva (fase de agotamiento o de descompensación), surgirían precisamente los trastornos psicósomáticos.

Dentro del estudio de la psicofisiología, las alteraciones secundarias al estrés mejor documentadas se refieren al sistema músculo-esquelético, neurovegetativo, inmunitario y neuroendocrino. En un futuro, muy probablemente, se denominarán enfermedades psicofisiológicas (*Tabla 1*) a los actuales trastornos psicósomáticos.

Una segunda línea de investigación es la que atiende fundamentalmente al proceso psicológico.

Mientras la línea psicofisiológica parte de la idea del ser humano como un sistema en equilibrio, que sería desestabilizado por estresores biopsicosociales, esta otra línea estudia la personalidad de aquellos

que padecen trastornos psicosomáticos concluyendo que su peculiar forma de ser y sentir los precipita a padecer estos trastornos o, al menos, los predispone a padecerlos.

Bass y Murphy(1995)[9], estipulan que los trastornos de somatización están relacionados con los trastornos de personalidad, porque tiene un curso persistente, larga duración, edad temprana de inicio y ocurren más comúnmente comórbidos con trastornos de personalidad que con otros trastornos DSM-IV.

Algunos autores definen que los adolescentes con trastornos somatomorfos presentan rasgos de perfeccionismo, altas expectativas personales, autosuficiencia, hiperresponsabilidad y negación de sus ansiedades (*Garraida, 1992*).

Los clínicos describen a estos adolescentes como concienzudos, aplicados, sensibles, inseguros y ansiosos, y se define su tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento pasivas (*Vila y Garraida, 2011*)[10].

En este sentido, se afirma que los adolescentes vulnerables al estrés que no utilicen estrategias de afrontamiento efectivas en situaciones negativas son los que tienen mayor riesgo de experimentar síntomas somáticos (*Beck, 2008*)[11].

Por otro lado, en cuanto a los estilos defensivos, el estilo defensivo represor ha sido el más frecuentemente hallado en jóvenes con trastornos somatomorfos en comparación con otros mecanismos defensivos (*Steiner, 1994*)[12].

En referencia al apego que muestran, *Stuart y Noyes(1999)[13]* definen que un comportamiento somático está impulsado por un estilo de apego ansioso y desadaptativo, percibiendo el individuo respuestas de rechazo de sus figuras vinculantes de forma real o percibida. Los pacientes tenderían a solicitar la atención del entorno de apego mediante quejas somáticas persistentes de dolor o enfermedad.

En cuanto a las características emocionales, *Sifneos(1973)[14]* acuñó el término <<alexitimia>> para describir las características emocionales de estos pacientes que sufrían enfermedades psicosomáticas. El aspecto central de una persona alexitímica sería una gran dificultad para expresar en palabras sus sentimientos.

En general, tienden a expresar sus emociones de forma inapropiada o incluso a no reconocerlas presentando gran dificultad para fantasear. A este nivel existe la *Toronto Alexitimia Échale (TAS)* adaptada a la infancia en castellano en 1993 por *Barrero, Pedreira y Rodríguez Sacristán (Sacristán 1995)*[15].

Dentro de las escuelas psicoanalíticas se ha descrito, en la génesis del padecimiento psicosomático, una falla de un proceso, denominado <<proceso de mentalización>>, que se alcanzaría al inicio de la adolescencia y que permitiría la toma de conciencia (cognición y procesos mentales asociados) de los sentimientos, instintos y fantasías de la persona. La no percepción de estos sentimientos provocaría que el adolescente funcionara psicológicamente, sin diferenciación mente-cuerpo, con lo que cualquier acontecimiento estresor se manifestaría directamente a través del cuerpo, más que en variaciones del estado de ánimo.

Desde una perspectiva más cognitiva, los pacientes pediátricos que presentan trastornos somatomorfos se caracterizan por su tendencia a monitorizar su propio cuerpo y buscar explicaciones para alteraciones que forman parte de un funcionamiento normal, incidiendo en una amplificación somatosensorial (*Campo, 1994*)[16].

Por otro lado, según *Ajuriaguerra(1987)[17]*, la ganancia secundaria por la enfermedad incide en los trastornos somatomorfos, dado que los adolescentes obtienen mayores atenciones cuando están enfermos, estableciéndose un sistema de refuerzo al síntoma.

En el estudio de las causas de los Trastornos somatomorfos en adolescentes, hay que tener siempre presente los condicionantes como modelo que pueden establecer los padres con somatización (*William R Yates, 2010*).

Vila y Garralda 2011, destacan que los problemas médicos, los estresores psicosociales, los altos niveles de estrés en la madre y la sobreimplicación emocional de los padres pueden actuar como desencadenantes y mantenedores de estos trastornos.

Cabe destacar por otro lado, que las distintas investigaciones actuales sobre los trastornos somatomorfos, ofrecen datos acerca de la prevalencia de los mismos en la población general y clínica:

Baumeister(2007)[18], establece una prevalencia del 11% de los trastornos somatomorfos en población general.

Lieb et al.(2000)[19], coinciden en este dato, estimando la prevalencia en población general de los trastornos somatomorfos en un 12%, y añaden que los trastornos menos específicos son los más frecuentes y de entre los específicos los más prevalentes son el Trastorno por dolor y el Trastorno Conversivo.

La investigación se ha encaminado también a determinar las diferencias según el sexo y la edad:

Los trastornos somatomorfos y los síntomas somáticos funcionales son más frecuentes en chicas que en chicos, especialmente durante la adolescencia (*Eminson et al, 1996)[20]*.

(*William R Yates, 2010*) establece en la misma línea, que en la mayoría de diagnósticos de los trastornos somatomorfos, existe un predominio femenino, siendo de 10/1 en el Trastorno de somatización, 2/1 a 5/1 en el trastorno conversivo, 2/1 en el trastorno por dolor y 1/1 para la hipocondría.

Este mismo autor define que los trastornos pueden iniciarse en la infancia como en la adolescencia, y *Lieb et al. (2000)*, indican que el trastorno por dolor y los trastornos indiferenciados tienden a iniciarse en la infancia o adolescencia temprana, el trastorno de conversión y el disociativo más tarde, alrededor de los 16 años como media, el trastorno por dolor tiene un pico a los 11-19 en chicas y a los 13 en chicos e indican que las cefaleas son más frecuentes en edad escolar y en adolescentes y que el dolor abdominal aumenta entre los 3-9 años y disminuye en adolescentes.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Es evidente la necesidad de un acuerdo entre clínicos y epidemiólogos para alcanzar un acercamiento de los criterios diagnósticos en los trastornos psicósomáticos/somatomorfos.

En la actualidad, los clínicos intentamos unificar opiniones mediante la utilización de los criterios *DSM-IV[21]* y *ICD-10[22]*.

Siguiendo los criterios *DSM-IV*, en la *tabla II*, desarrollamos un algoritmo diagnóstico que facilita el diagnóstico diferencial entre los distintos trastornos psicósomáticos/somatomorfos.

En la nueva configuración del *DSM-5*, el borrador (formulado en la página web oficial del *DSM-5*)[23] actualmente propone hacer una reorganización de la estructura de las categorías diagnósticas del *DSM-IV*.

TR, revisando asimismo las nomenclaturas de las mismas, los trastornos que incluyen y los criterios específicos.

En el caso de los *Trastornos Somatomorfos*, se instauraría un cambio en el nombre de la categoría, renombrándolos como *Trastornos de Síntomas Somáticos (Somatic Symptom Disorders)*. En la *tabla II (a)* se pueden observar las modificaciones propuestas en las nomenclaturas y en su clasificación.

Los trastornos incluidos en esta categoría están sujetos a una reorganización, pasando a ser los 7 siguientes, con cambios en sus criterios diagnósticos:

0-Trastorno de Síntomas Somáticos Complejo (Complex Somatic Symptom Disorder, CSSD):

El Trastorno de Somatización, Hipocondría, Trastorno Somomorfo indiferenciado y el Trastorno por Dolor del *DSM-IV-TR*, se agruparían dentro de este Trastorno en el *DSM-5*.

Para cumplir el diagnóstico de los *CSSD*, se deben cumplir 3 criterios: presentar uno o más síntomas somáticos que causen malestar significativo y/o den lugar a alteraciones significativas en la vida diaria; tener pensamientos excesivos, sentimientos y comportamientos relacionados con éstos síntomas somáticos o preocupación por la salud asociada (estando este criterio en revisión todavía); y presentar cronicidad (a pesar de que los síntomas no estén continuamente presentes, el estado sintomático crónico debe mantenerse al menos durante 6 meses).

Dentro de esta categoría se debe especificar cuál es el predominio en la manifestación clínica de los síntomas somáticos:

- *Con Predominio de quejas somáticas (Predominant somatic complaints)*, antes *Trastorno de Somatización*.
- *Con Predominio de ansiedad por la salud (Predominant health anxiety)*, antes *Hipocondría*.
- *Con Predominio del dolor (Predominant Pain)*, antes *Trastorno por dolor*.

1-Trastorno de Síntomas Somáticos Simple (Simple Somatic Symptom Disorder):

Incluye los mismos criterios del diagnóstico anterior complejo, y se diferencia en el criterio de cronicidad, estableciendo que la duración del síntoma debe ser superior al mes.

Este Trastorno incluye asimismo lo que correspondía en el *DSM-IV-TR* al *Trastorno Somomorfo no especificado*, con la excepción de la Seudociesis (falso embarazo) que se incluye ahora en *Trastorno de Síntomas Somáticos no especificado*, listado más adelante.

2-Trastorno de Ansiedad por la enfermedad (Illness Anxiety Disorder):

Este trastorno incluye lo que en el *DSM-IV-TR* se correspondía con la *Hipocondría*. Es decir, la hipocondría quedaría ahora englobada por 2 trastornos, el Trastorno de Síntomas Somáticos complejo con Predominio de ansiedad por la salud y el Trastorno de Ansiedad por la enfermedad. Aproximadamente un 80% de los pacientes se podrían incluir en el primero y el resto en el segundo respectivamente. Si los pacientes presentan preocupación por la salud pero con mínimos síntomas somáticos se establece este diagnóstico.

3-Trastorno Neurológico Funcional (Functional Neurological Disorder):

Este trastorno incluye lo que en el *DSM-IV-TR* se correspondía al Trastorno de conversión. El nombre final de este trastorno está todavía en discusión.

4-Factores psicológicos que afectan al estado físico (Psychological Factors Affecting Medical Condition):

Este trastorno incluye lo mismo que en el *DSM-IV-TR* con esta nomenclatura (*Factor psicológico que afecta a... indicar enfermedad médica*), aunque anteriormente no pertenecía a la categoría de trastornos somatomorfos, sino a la de *Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica* y en el *DSM-V* se incluye con los *Trastornos de Síntomas Somáticos*.

5-Otros Trastornos de Síntomas Somáticos especificados (Other Specified Somatic Symptom Disorder):

Este trastorno no está incluido en el *DSM-IV-TR*. No se ha establecido todavía una propuesta de criterios para este Trastorno.

6-Trastorno de Síntomas Somáticos no especificado (Unspecified Somatic Symptom Disorder):

Este trastorno se corresponde asimismo con el *Trastorno Somatomorfo no especificado* del *DSM-IV-TR*, incluyendo aquí la Seudociesis (que aún sigue en revisión).

En el *DSM-V* el *Trastorno Dismórfico corporal* se eliminaría de la categoría de los *Trastornos Somatomorfos*, y se incluiría en la categoría de *Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados*; y el *Trastorno Facticio* se incluiría en la categoría de *Otros Trastornos*.

EL ADOLESCENTE CON TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS: MOTIVOS DE CONSULTA

Existen cuatro formas clínicas fundamentales en psicósomática, que a su vez son los principales motivos de consulta.

La *clínica somatopsíquica*, que expresa la repercusión emocional de algún proceso orgánico.

La *conversión*, que es la expresión directa y actual de un conflicto o de una necesidad psicológica mediante la pérdida o alteración de una función física. El trastorno no está bajo control voluntario y no puede explicarse por algún trastorno físico. Los síntomas de conversión más clásicos son los que sugieren una afección neurológica, como parálisis, afonía, convulsiones, alteraciones de la coordinación motora, ceguera, anestesia o parestesia.

La *somatización psicósomática verdadera (Tabla III)* en la que, a diferencia de la somatización, existe casi siempre lesión orgánica demostrada y en consecuencia una alteración de las pruebas funcionales.

En la *tabla IV* se esquematizan y resumen las características diferenciales de los cuatro procesos anteriormente reseñados.

En dicha tabla habría que añadir que las investigaciones psicofisiológicas actuales en psiconeuroendocrinología y psiconeuroinmunología ofrecen las primeras respuestas en el estudio de las causas de la clínica psicósomática, así como que los criterios *DSM-IV* reconocen la presencia de un factor de estrés psicosocial en la clínica conversiva.

EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

Tratamiento de los trastornos psicósomáticos: intervención pediátrica

Existe un amplio acuerdo, al margen de las escuelas, sobre la multiplicidad de las causas en los trastornos psicósomáticos y sobre esta base debe de considerarse el tratamiento.

El paciente psicósomático adolescente es inicialmente atendido, la mayoría de las veces, por el pediatra extrahospitalario en una consulta externa de Hospital, en un Centro de Atención Primaria o en una consulta privada. (Pedreira, 1995)[24].

En las primeras visitas estos pacientes pasan fácilmente desapercibidos, principalmente porqué la formación del propio pediatra le induce subliminalmente a ir siempre en búsqueda de una causa física conocida. Con el conocimiento del paciente y ante la insuficiente respuesta terapéutica, el pediatra empieza a sospechar en una causa no académicamente biológica.

Es cuando puede producirse el primer y más grave error terapéutico: <<Su hijo no tiene nada>>.

Es muy frecuente que estos pacientes presenten una clínica en la que participa su entorno de vinculación afectiva, por lo que requieren tiempo, empatía y capacidad de escucha y de observación.

¿Cuál debe ser la estrategia terapéutica del pediatra con un paciente psicósomático?

1. De entrada debe realizarse un cuidadoso estudio del cuadro clínico mediante una buena anamnesis y exploración clínica (tanto desde la perspectiva orgánica como psicopatológica) y una entrevista con los padres y el adolescente. No olvidemos que un aparente trastorno psicósomático puede encubrir patologías severas. El modelo médico siempre plantea un diagnóstico antes de un acto terapéutico, en psicósomática este aspecto es fundamental.

2. Tener claro que la medicación que utilizamos no debe facilitar el evadir la preocupación de los padres. Hay que evitar medicalizaciones innecesarias y facilitar la aceptación por parte de los padres de los aspectos psico-emocionales de la patología de su hijo.

3. Valorar la presencia de factores estresantes o acontecimientos vitales.

4. Evitar:

- Repetir pruebas complementarias, ya realizadas previamente, así no se medicalizará en exceso la situación.
- Decir que <<es hereditario>>, que refuerza la culpabilidad familiar y el valor operatorio, puesto que <<ya hay una causa>>.
- Decir <<no es nada>>, que facilita la descalificación al profesional <<por no entender>> lo que le ocurre al adolescente.
- Decir << todo es normal>>. Plantear esta respuesta entra en contradicción con la práctica de nuevas pruebas complementarias o con la derivación a nuevos especialistas, incluidos los profesionales de la Salud Mental.
- 5. Animar a los padres a abordar la situación de forma distinta:
- No dramatizar la situación, cuando reaparecen los síntomas en el adolescente.
- Evitar el alarmismo.
- No amenazar el adolescente, ya que aumentará la reacción de estrés y de ansiedad.
- Animar a la familia para una espera prudencial, que tranquilice al adolescente y su familia.
- Animar a hablar/escuchar al adolescente sobre sus emociones.

En muchas ocasiones, el pediatra extrahospitalario mediante terapia de apoyo y/o recursos psicofarmacológicos puede orientar satisfactoriamente un trastorno psicósomático; sin embargo, hay

situaciones en las que por las características del paciente, de la familia, o por las limitaciones del propio pediatra hay que plantear la derivación a los servicios médicos especializados en Salud Mental de la Infancia y Adolescencia.

La interconsulta debe ser entendida como un instrumento de trabajo y abordaje del adolescente como una unidad integral bio-psico-social, siendo una forma de escucha de la situación del adolescente en su conjunto, permitiendo así contextualizar mejor sus problemas y formular programas conjuntos de intervención efectivos. *(Pedreira, 2002)*.

La aparición o evidencia de las siguientes circunstancias sientan las indicaciones y conveniencia de remitir los trastornos psicossomáticos de la infancia y la adolescencia a servicios médicos especializados en Salud Mental, éstas son:

1. Comorbilidad con procesos psicopatológicos, sobretodo con trastornos depresivos.
2. Gravedad del proceso.
3. Sufrimiento del adolescente, la familia y dominio de la angustia.
4. Presencia de signos de mal pronóstico evolutivo y de factores de riesgo evolutivo (asociación de varios síntomas, persistencia en el tiempo, irreductibilidad con tratamientos normales).
5. Alteración de las relaciones padres/adolescentes y/o padres/pediatra, cuyo origen se centre en las dificultades de comprensión del proceso psicossomático.
6. Alteraciones relacionales entre el paciente y/o padres y el pediatra, cuyo origen se centre en las dificultades de comprensión del proceso psicossomático.
7. Dificultad de manejo del trastorno psicossomático.

Practicar la derivación a los servicios especializados en Salud Mental no siempre es bien aceptado por la familia y el paciente, por lo que debe ponerse el máximo cuidado en los siguientes aspectos.

1. Dejar claro que la derivación no es un castigo. Hay que evitar la culpabilidad que se genera en los adolescentes y sus familias.
2. Explicar a los padres y al paciente que se busca ayuda y comprensión para la situación en su globalidad y para todos.
3. Derivar al servicio especializado no es equivalente a un alta por parte del pediatra. Por tanto, hay que asegurar la continuidad asistencial.
4. Explicar que la clínica psicossomática en la adolescencia requiere de la interconsulta como un proceso de intervención adecuado y pertinente.

En el Servicio de Salud Mental, ¿cuál debe ser la estrategia terapéutica con un paciente psicossomático? *(adaptación de Garralda, 2004)*[25].

1. Facilitar la empatía y la escucha del paciente y su familia
2. Revisar los datos del paciente facilitados por el servicio de pediatría
3. Realizar la anamnesis y entrevista clínica
4. Realizar una historia psiquiátrica detallada
5. Explorar los síntomas somáticos
6. Explorar posibles estresores
7. Evaluar el nivel de adaptación escolar, social, personal y familiar.
8. Analizar la dinámica familiar

9. Valorar el absentismo escolar

10. Realizar una exploración psicopatológica del adolescente, con pruebas diagnósticas específicas:

Es importante atender fundamentalmente a las distintas áreas que afectan a los Trastornos Somatomorfos, evaluando la personalidad, la psicopatología (ansiedad y la depresión), las estrategias de afrontamiento y la sintomatología física, su severidad y la discapacidad asociada. (Vila y Garralda, 2011). Existen instrumentos específicos, para evaluar la sintomatología física y la discapacidad, como el CSI y la FDI.

La CSI (*Children's Somatization Inventory*), mide la frecuencia e intensidad de 35 síntomas; en el 1991 Garber, Walker y Zeman[26] publicaron un artículo con las evidencias de la validez de la CSI, habiendo estudiado en una muestra de 540 niños y adolescentes de una muestra comunitaria; asimismo en el 2009, Garber, Walker, Beck y Lambert[27] publicaron un artículo con las evidencias de la validez de la CSI-24, realizando una revisión de la escala original CSI, eliminando 11 ítems y dejando 24.

La DFI (*Functional Disability Index*), mide la presencia y la severidad de la afectación funcional de los síntomas en diferentes actividades.

Los diarios de síntomas que miden la severidad en escalas tipo Likert son útiles para evaluar la frecuencia e intensidad de los síntomas.

En 2009 Ravesteijn, H y cols[28], determinaron en un estudio la validez del PHQ-15 (*15-symptom Patient Health Questionnaire*), como cuestionario para la detección de pacientes en atención primaria con riesgo de trastornos somatomorfos.

11. Practicar el Diagnóstico Diferencial con otros trastornos psiquiátricos en los que existen síntomas físicos.

12. Preparar un plan de tratamiento efectivo e individualizado

Tratamiento de los trastornos psicósomáticos: intervención paidopsiquiátrica y psicológica.

Hay que tener presente que, aunque en la primera visita es objetivo prioritario valorar el diagnóstico del paciente, siempre los primeros contactos deben plantearse como un acto terapéutico *per se* por lo que se requiere tiempo, empatía y capacidad de escucha y observación.

El tratamiento del paciente psicósomático tiene varias vertientes:

- a. El tratamiento médico "clásico" de la patología existente. Aquí entran no sólo los fármacos, sino también los consejos y apoyos del pediatra en su práctica normal.
- b. Las psicoterapias.
- c. Los psicofármacos.

Las Psicoterapias

Psicoterapia es la aplicación metódica de técnicas y procedimientos psicológicos en el tratamiento de los problemas de conducta, los trastornos mentales o el sufrimiento humano. (Tizon, 1992)[29].

Los pacientes con trastornos psicosomáticos se benefician psicoterapias tendentes fundamentalmente a reducir la ansiedad.

Básicamente pueden utilizarse las siguientes técnicas:

1. Terapias de apoyo psicológico.
2. Psicoterapias psicoanalíticas.
3. Psicoterapias cognitivo-conductuales.
4. Técnicas de relajación.

Terapia de Apoyo

Está demostrado que la mayoría de los pacientes experimentan una acusada disminución de la ansiedad sólo con poder explicar sus dificultades al paidopsiquiatra.

Escuchar con interés, explicar y tranquilizar es fundamental. No se trata de cambiar una estructura psicológica, sino de lograr una atenuación del síntoma y un refuerzo de los sistemas defensivos. La actitud del terapeuta deber ser directiva (pero no autoritaria o invasiva) y requiere cumplir las siguientes variables en los trastornos psicosomáticos:

- a. Explicar al paciente la naturaleza de sus molestias, en el sentido de hacerle ver que se trata de alteraciones del organismo tan merecedoras de atención como las de cualquier otra enfermedad.
 - Conviene utilizar un modelo explicativo razonable y accesible.
 - Explicar cómo funciona el SNC para que funcione el organismo.
 - Explicar la relación emoción-síntomas corporales.
 - No utilizar explicaciones “psicologistas” ya que pueden dejar al paciente con la sensación de no ser entendido.
- b. Cuidar la relación profesional/paciente en el sentido de que se sienta creído y apoyado.
- c. Nunca prometer que curaremos al paciente, sino comprometernos a que contribuiremos a un mejor funcionamiento psicosocial mediante el control y la limitación.
- d. Pactar con el paciente futuras visitas a especialistas, prohibiendo, de forma consensuada, consultas o exploraciones injustificadas.

Con mucha frecuencia se utiliza la terapia de apoyo asociada a farmacoterapia si la intensidad del trastorno lo hace necesario.

Es aconsejable, si está indicada, que la terapia de apoyo sea la primera técnica a utilizar.

Psicoterapias psicoanalíticas

Son técnicas que requieren un entrenamiento y conocimiento teórico especializado.

Están indicadas sobretudo cuando la motivación y la capacidad de introspección (*insight*) del paciente son elevados. Son técnicas costosas por el tiempo y la dedicación que hay que emplear ya que, generalmente, no tratan sólo de reducir los síntomas, sino de producir cambios en las defensas y rasgos de personalidad de los pacientes por medio de la interpretación del síntoma como significado simbólico en relación con un conflicto subyacente.

Desde el psicoanálisis clásico han ido evolucionando psicoterapias de inspiración psicoanalítica mucho más breves y con unas indicaciones más amplias.

Actualmente, las técnicas grupales, las técnicas individuales breves y las terapias familiares de esta orientación pueden ser una alternativa eficaz en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos.

La psicoterapia de grupo es de aplicación en pacientes psicósomáticos infantojuveniles tanto en forma de grupos homogéneos (existen múltiples experiencias con grupos obesos, asmáticos, diabéticos, etc.) como heterogéneos, en los que el paciente psicósomático se integra en un grupo de pacientes con diferentes diagnósticos.

Las terapias grupales tienen varias ventajas:

- La posibilidad de movilizar aspectos emocionales en menos tiempo.
- La tolerancia que los pacientes tienen en situaciones en las que se comparten los problemas, frente a la posible preocupación que producen los tratamientos individualizados.
- El hecho de poder tratar a varios pacientes a la vez.

Con las terapias grupales es imprescindible la colaboración de los padres, pudiéndose ofrecer en forma de grupos paralelos a los de sus hijos.

Las psicoterapias grupales es imprescindible la colaboración de los padres, pudiéndose ofrecer en forma de grupos paralelos a los de sus hijos.

Las psicoterapias individuales deben tener lugar en los pacientes psicósomáticos de corta duración y baja frecuencia. Ante todo por el cuidado que hay que tener para controlar los movimientos pulsionales de los pacientes. Siempre, ante el frágil paciente psicósomático, hay que tener presente que los temas que puedan aparecer en la terapia no contribuyan a una descompensación emocional que se traduzca en un agravamiento del cuadro orgánico. Tampoco puede descuidarse la atención a los padres, referida tanto a la comprensión del problema como al necesario soporte psicoeducativo.

En algunos casos en que la problemática familiar está muy comprometida, el abordaje familiar se hace necesario. Para ello se trabaja con la familia de forma conjunta, tanto desde el psicoanálisis como desde las orientaciones sistémicas. No es rara la familia en la que se dan los mismos síntomas en varios miembros. La posibilidad de trabajar con todos los miembros, no sólo el síntoma sino la manera como éste condiciona las relaciones entre ellos, tiene la ventaja de poder anular un síntoma que intergeneracionalmente ha tenido y tiene un valor interrelacional; ahora bien, hay que ser muy prudente con la utilización de estos recursos, por la excesiva movilización que pueden llegar a provocar.

Psicoterapias cognitivo-conductuales

La eficacia de las técnicas de psicoterapia tradicionales como el psicoanálisis y las psicoterapias de inspiración psicoanalítica se han investigado poco. Por el contrario, las intervenciones de tipo cognitivo-conductual han sido ampliamente estudiadas desde mediados de 1970. (*Amador, 1998*)[30].

Numerosos estudios afirman la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual, estableciéndolo como el tratamiento de mejor elección para una variedad de trastornos somatomorfos. En esta línea, los datos del estudio de *Kroenke(2007)*[31], determinan que la terapia cognitivo-conductual es más eficaz que otros

tratamientos. En la *tabla V* se muestran los resultados del estudio, indicando los casos en que ha sido eficaz cada tratamiento según distintos trastornos somatomorfos.

El manejo de la ansiedad con técnicas que actúan directamente sobre el organismo es uno de los grandes objetivos en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos. La más fácil y la más usada es la relajación.

Las técnicas de tipo *biofeedback* o técnicas de retroalimentación consisten en hacer consciente al paciente de sus propios procesos a través de la instrumentación mecánica para que pueda controlarlos, se emplea en situaciones de reacción al estrés y trastornos asociados a él.

El entrenamiento autógeno permite un aprendizaje del autocontrol del propio cuerpo y de sus funciones.

Se aconsejan también en el manejo de la ansiedad, la técnica de inoculación de estrés, la de sensibilización sistemática y el entrenamiento asertivo.

Biofeedback

Es una técnica de autocontrol de respuestas fisiológicas que opera a través de la retroalimentación constante que recibe el sujeto sobre la función que se desea someter a control voluntario. Dando esta información, los sujetos tienen la oportunidad de controlar gradualmente los procesos acerca de los cuales se les está informando. El elemento clave e imprescindible del proceso es la información (*feedback*) directa, precisa y constante que el sujeto recibe sobre la variable fisiológica de interés. Esto facilita al sujeto el aprendizaje o autorregulación de las respuestas deseadas.

Entrenamiento autógeno

La técnica de entrenamiento autógeno es una de las técnicas clásicas más conocidas en relajación si bien con implicaciones cognitivas. Consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el sujeto estados de relajación a través de autosugestiones sobre: 1) sensaciones de pesadez y calor en sus extremidades; 2) regulación de los latidos de su corazón; 3) sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo, y 4) concentración pasiva en su respiración. Se pide al paciente que deje que sus ojos se vayan cerrando, y que se relaje. Después de 1 o 2 minutos comienza la secuencia de ejercicios, para lo que se sigue una guía relativamente estandarizada.

Inoculación del estrés

La inoculación del estrés enseña a afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes. Permite desarrollar nuevas formas de reaccionar, aprendiendo a relajarse en lugar de la habitual respuesta de estrés. Consiste en aprender a relajarse utilizando la respiración profunda y la relajación progresiva, de modo que cada vez que se experimente estrés, dónde y cuando sea, se pueda relajar la tensión. El primer paso es elaborar una lista personal de situaciones de estrés y ordenarla verticalmente desde los ítems menos estresores hasta los más estresores. Después, se aprende a evocar cada una de estas situaciones en la imaginación y cómo relajar la tensión mientras se visualiza claramente la situación estresora. El segundo paso es la creación de un arsenal propio de pensamientos de afrontamiento del estrés, los cuales deben utilizarse para contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos habituales. El tercer paso es la utilización de las habilidades de relajación y de afrontamiento

“*in vivo*” para ejercer presión sobre los hechos estresores que se consideran perturbadores mientras se respira profundamente, relajando la musculatura y utilizando los pensamientos de afrontamiento del estrés.

Desensibilización sistemática

Es una intervención terapéutica desarrollada para eliminar la conducta de miedo y los síndromes de evitación. El procedimiento consta de dos componentes distintos. El primer componente consiste en enseñar al paciente una respuesta contraria a la ansiedad. La relajación progresiva, u otro procedimiento general de relajación, se utiliza normalmente para este propósito. El segundo componente de la desensibilización sistemática implica una exposición graduada al estímulo provocador de miedo. La exposición se puede llevar a cabo en la imaginación o “*in vivo*”.

Entrenamiento asertivo

Es una técnica dirigida a incrementar la competencia de la actuación en situaciones desadaptadas, orientada de forma directa y sistemática en enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los pacientes, con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en diversas situaciones sociales. El entrenamiento asertivo se adhiere a un enfoque conductual de adquisición de la respuesta, es decir, normalmente se concentra en el aprendizaje de un nuevo repertorio de respuestas. Se enseña al paciente a distinguir básicamente entre tres tipos de respuesta: agresiva (en la que el sujeto impone su criterio o su conducta sin respetar los derechos de los demás), pasiva (en la que el paciente actúa con inhibición sin hacer valer sus propios derechos) y asertiva (en la que el sujeto intenta hacer prevalecer su criterio, respetando en todo momento a los demás).

Entrenamiento en pensamientos positivos y autoinstrucciones positivas (Barlow 2006)[32]

Lo que nos decimos a nosotros mismos en cada situación determina nuestro estado de ánimo y sentimientos. Los pensamientos internos son automáticos y sutiles, son básicamente irracionales, pero suenan como verdaderos y encaminan a la evitación. Los pensamientos internos negativos, pueden producir y agravar la ansiedad, y deben ser tratados en la base ansiosa de los trastornos psicósomáticos. Las técnicas están encaminadas a reducir los pensamientos negativos, las autoinstrucciones negativas, sustituyéndolas por afirmaciones positivas. Para ello el paciente debe aprender a reconocer las internalizaciones negativas y las situaciones en que se desencadenan y las posibles distorsiones cognitivas que las fundamentan, aprender a cuestionar los pensamientos negativos y sustituirlos sistemáticamente por una programación de declaraciones positivas que directamente rechacen o los invaliden. Se enseña al paciente a hacer afirmaciones positivas, en forma de interpretaciones positivas, pensamientos positivos, creencias positivas objetivas y autoinstrucciones positivas.

Técnicas de relajación

Relajación progresiva

Esta técnica está basada en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y actos que comportan tensión muscular. Esta tensión fisiológica aumenta, a su vez, la sensación subjetiva de ansiedad. La relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y es

incompatible con la ansiedad. El procedimiento de esta técnica consiste en tensar cada músculo o grupo muscular durante unos cinco o siete segundos en los que el terapeuta pide al paciente que se concentre en la sensación de tensión máxima, para con posterioridad concentrarse en las sensaciones de relajación muscular que progresivamente aparecen al cesar la tensión voluntaria ejercida sobre el músculo.

Con estos ejercicios de tensión activa por parte del paciente se pretende facilitar el aprendizaje de relajación muscular.

Se trabajan cuatro grupos principales de músculos:

1. Músculos de la mano, antebrazo y el bíceps.
2. Músculos de la cabeza, cara, cuello, hombros; también los de la frente, mejillas, nariz, ojos, mandíbula, labios y lengua. Se debe prestar especial atención a la cabeza, ya que desde el punto de vista emocional los músculos más importantes están situados en esta zona.
3. Músculos del tórax, de la región gástrica y de la región lumbar.
4. Músculos de los muslos, de las nalgas, de las pantorrillas y de los pies.

Relajación pasiva

Una vez realizado el aprendizaje de relajación muscular, puede utilizarse una técnica de relajación pasiva en la que el paciente no necesita tensar previamente sus músculos o grupos musculares, ayudándose de autoinstrucciones o de instrucciones dadas por el terapeuta referentes a sensaciones de peso y calor, va concentrándose a su vez en la sensación de relajación que va adquiriendo. Este tipo de relajación puede (y es conveniente) realizarla junto con técnicas respiratorias que favorezcan una respiración más lenta y profunda y, en ningún caso, forzada.

Visualización (Edmund, 2004)[33]

La visualización es un método en el que deliberadamente se usa la imaginación para modificar el estado de ánimo negativo y los sentimientos de ansiedad. Las guías para una visualización efectiva son: grabar la visualización que se va a seguir para no tener que usar la memoria, con las pausas y lentitud indicadas; asegurar un ambiente relajado y libre de distracciones; darse un tiempo de relajación antes de iniciar la visualización usando la relajación muscular progresiva o la relajación pasiva, aunque cualquier otro método relajante previo puede ser útil; y entrenar la habilidad para ver el contenido a imaginar viviendo todos los detalles sensoriales; se puede acompañar la visualización de afirmaciones tales como “toda la tensión está saliendo de mi cuerpo” para reforzar el efecto de la visualización; una vez terminada, se debe volver a un estado normal de alerta, contando del 1 al 5, indicando a la mente en cada número que nos vamos a reincorporar de forma progresiva; levantarse y andar hasta sentirse activado con total normalidad. En resumen, la técnica debe contener 3 partes: relajación preliminar, visualización, e instrucciones para volver a un estado de alerta normal.

Psicofármacos

No son, según, la mayoría de autores, el método de elección de entrada, salvo si existe comorbilidad asociada (p. ej., depresión). La psicofarmacología es un medio que facilita la capacidad adaptativa del paciente y contribuye a aumentar la permeabilidad de las indicaciones psicoterapéuticas.

No existe un tratamiento farmacológico específico para los trastornos somatomorfos /psicosomáticos, si bien existen algunas excepciones a estas consideraciones: los antidepresivos serotoninérgicos, que mejoran *per se* el dolor físico, habiéndose indicado con éxito en las cefaleas. Si los pensamientos obsesivos sobre la propia salud son relevantes, también son preferibles este tipo de antidepresivos.

La indicación de psicofármacos en los trastornos somatomorfos/psicosomáticos en adolescentes está condicionada por la siguiente comorbilidad:

1. Presencia de síntomas depresivos relevantes:
 - Antidepresivos tricíclicos o ISRS.
2. Presencia de ansiedad psíquica marcada con/sin ansiedad somática:
 - Benzodiazepinas de vida media larga.
3. Presencia de ansiedad somática predominante:
 - Beta-Bloqueantes (propranolol)

Es fundamental explicar al paciente el objetivo del tratamiento y sus limitaciones, indicando cuáles son los efectos secundarios en forma concisa y clara.

Son tres los grupos psicofarmacológicos más frecuentemente utilizados (*Martin, 2011*)[34]:

- 1 *Ansiolíticos*: Cuando domina el componente ansioso.
Es siempre preferible utilizar los de vida media larga (al ser más fácil su posterior retirada y, por otra parte, sus efectos sobre la consolidación de la memoria son menores), a dosis adecuada y durante un plazo de tiempo, en lo posible, no superior a los tres meses ni inferior al mes.
- 2 *Antidepresivos tricíclicos*. Cuando el cuadro depresivo se presenta en comorbilidad y es de cierta intensidad son de indudable interés. Deben utilizarse a las dosis adecuadas, durante un plazo de tiempo, en lo posible no inferior a los seis meses y sometiendo siempre a control sus posibles efectos secundarios.
- 3 *Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)*. Son los antidepresivos de primera elección, dada su escasa toxicidad y pocos efectos secundarios, además su respuesta aparece en un plazo de tiempo menor que los antidepresivos tricíclicos. Deben utilizarse a las dosis adecuadas y durante un periodo, en lo posible, mínimo de seis meses.

TABLA I. Modelo psicofisiológico de las enfermedades

Aspectos etiopatogénicos de los Trastornos Psicósomáticos.

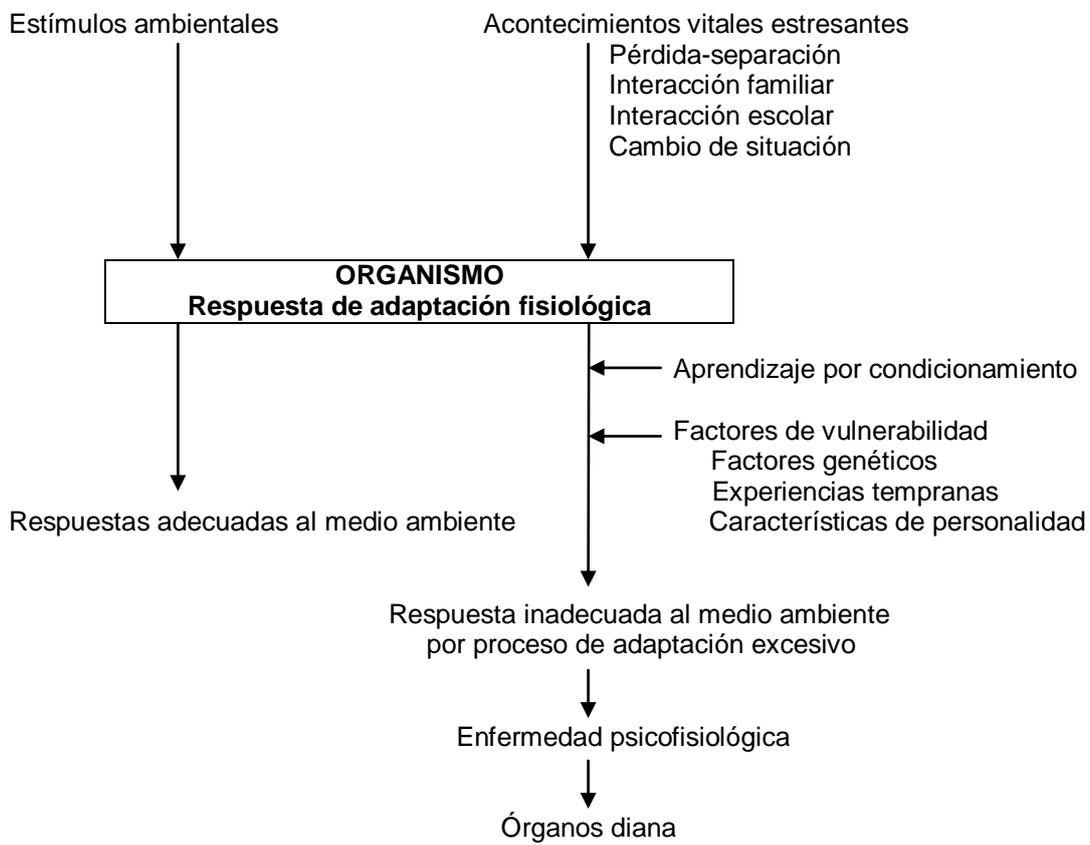


TABLA II. Diagnóstico diferencial de los trastornos somatomorfos/psicosomáticos (códigos DSM-IV)

Estableciendo el diagnóstico diferencial, se facilita el siguiente algoritmo diagnóstico, que analizando la presencia o ausencia de sintomatología clínica para los trastornos somatomorfos según criterios *DSM-IV-TR*, clasifica el tipo trastorno que presenta el adolescente y lo diferencia de otras patologías.

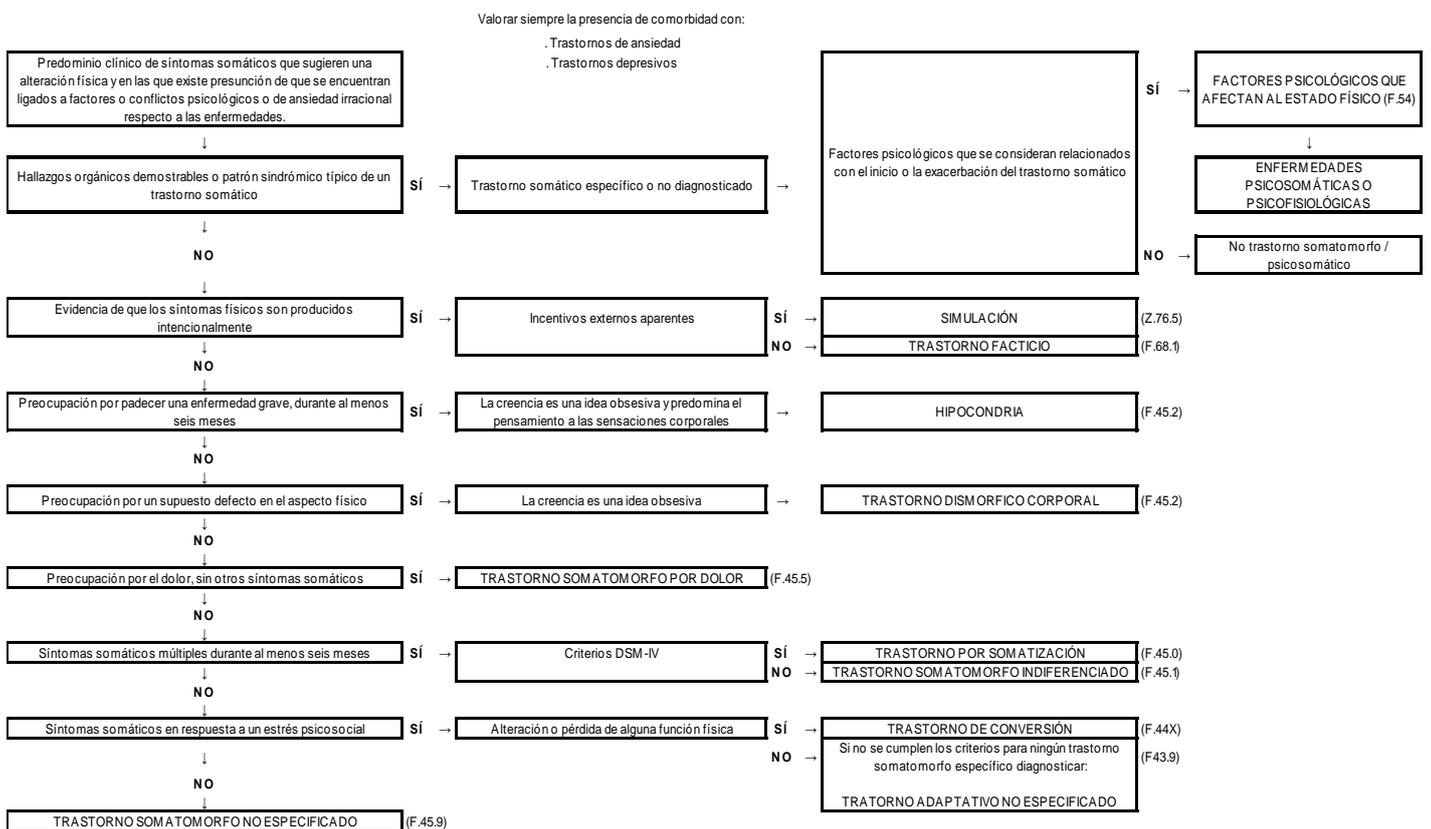


TABLA Ila. Propuesta de configuración para el nuevo *DSM-5*

Esquema de las categorías diagnósticas y las nomenclaturas propuestas para los trastornos somatomorfos en el *DSM-5* (borrador correspondiente al 2011 y facilitado en la página oficial del *DSM-5*), en comparación con los estipulados en el *DSM-IV-TR*.

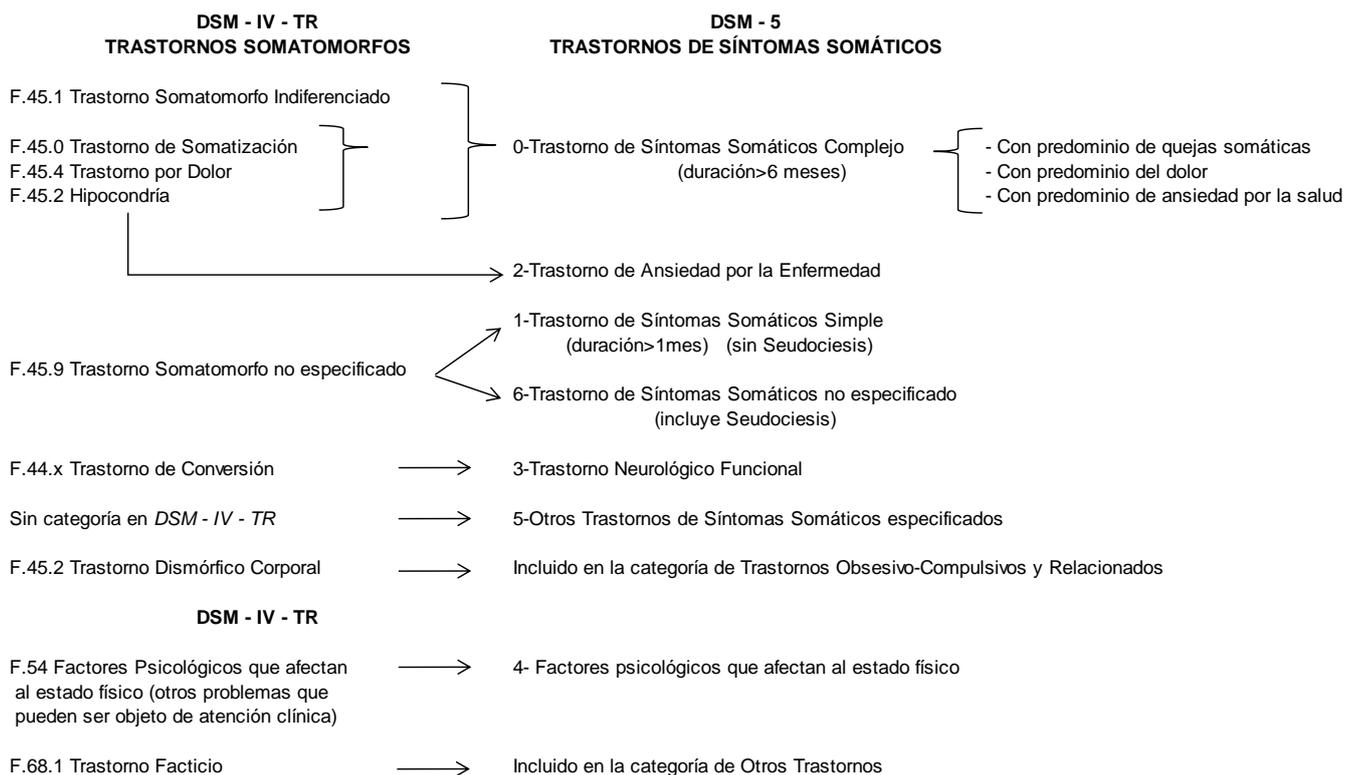


TABLA III. Principales cuadros de clínica psicósomática (Modificado de J.L. Pedreira y F. Menéndez)

Relación entre las funciones corporales y la clínica somática presentada en la etapa de la lactancia y en la etapa de la infancia y la adolescencia.

Funciones	Lactancia	Infancia y adolescencia
Respiratoria	Espasmo del llanto Asma	Espasmo del llanto Asma-Rinitis Síndrome de hiperventilación
Cardíaca	-	Taquicardia Enfermedad coronaria Hipertensión arterial
Alimenticia	Cólico del lactante (1r. Trimestre) Anorexia Vómitos y regurgitación Mericismo Rumiación	Anorexia y bulimia Obesidad Abdominalgia Vómitos Úlcus Colon irritable Colitis ulcerosa
Esfinterial		Enuresis Encopresis
Neurológica	Trastornos del sueño	Trastornos del sueño Cefaleas Migrañas
Endocrina	Retraso del crecimiento	Retraso del crecimiento Diabetes
Dérmica	Atopias	Alopecias Dermatitis Eccema Urticaria
Inmunológica	Reacciones alérgicas Inmunodeficiencias	Reacciones alérgicas Inmunodeficiencias Artritis reumatoidea

TABLA IV. Características diferenciales de la clínica psicósomática

Comparación de las cuatro formas clínicas fundamentales en psicósomática, atendiendo a las características diferenciales.

	Somatopsíquica	Conversiva	Somatización	Psicósomática
Lesión orgánica demostrada	Siempre Sí	Habitualmente No	No	Casi siempre Sí
Alteración de pruebas funcionales	Sí	No	No	Sí
Causas conocidas	Sí	No	No	¿No?
Determinación psíquica en el origen	No	Sí	Sí	Sí
Valor simbólico en la historia del paciente	No	Sí	Escaso	Variable
Reconocimiento de algún factor de estrés externo, como desencadenante	No	No imprescindible	Sí	No imprescindible
Relación con duelos deficientemente elaborados	No	No	Sí	Sí

TABLA V. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual (Kroenke K. 2007)

Resultados de eficacia en 34 ensayos clínicos de los diferentes tratamientos usados para distintos trastornos, confirmando la validez del tratamiento cognitivo-conductual.

Trastorno	Terapia cognitivo-conductual	Antidepresivos	Otras terapias
Trastorno de somatización	1/1		2/3
Umbral bajo de tr.somatización	1/1	3/4	3/4
Síntomas sin causa médica	3/5		1/5
Hipocondría	4/4		1/1
Trastorno conversivo			1/3
Trastorno dismórfico-corporal	2/2	1/1	
Total	11/13	4/5	8/16

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Scheneider, P.B. Regards discrets et indiscrets sur le médecin. Masson, Paris 1991.
- (2) Ajuariaguerra, J.Marcelli, D. Manual de psicopatología del niño. Toray Masson, Barcelona 1982.
- (3) Tamminen, T.M. Psychosomatic symptoms in preadolescent children. *Psychoter Psychosom* 1991; 56: 70-77.
- (4) Garralda, M.E. A selective review of child psychiatric syndromes somatic presentation. *Br. J Psychiatry* 1992; 161: 759-773.
- (5) Kreisler, L. La psychosomatique de l'enfant. Presses Universitaires de France, Paris 1976.
- (6) William R Yates. Somatoform Disorders. *Psychiatry: Psychosomatic*. Actualizado en 2010, eMedicine.com
- (7) Pedreira J.L. Los trastornos psicossomáticos en la infancia y la adolescencia. *Psiquiatria.com*. 2002.
- (8) Selye, H. The stress of life. Mc. Grawhill, New York 1956.
- (9) Bass C, Murphy M. Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *J. Psychosom Res.* May 1995; 39(4):403-27.
- (10) Vila G. y Garralda H. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Capítulo 17: Trastornos Somatomorfos. Médica Panamericana, 2011.
- (11) Beck JE. A developmental perspective on functional somatic symptoms. *J Pediatr Psychol*, 2008. Jun; 33(5): 547-562.
- (12) Steiner H. and Canning E.H. Adaptive styles in adolescents with psychosomatic illness. *Acta Paedopsychiatrica*, 1994; 56: 255-259.
- (13) Stuart S, Noyes R Jr. Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*. Jan-Feb 1999; 40(1): 34-43.
- (14) Sifneos, P.E. The prevalence of "alexithimic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychoter Psychosom* 1973; 22: 255-262.
- (15) Sacristan J.R. Psicopatología del niño y del adolescente. Tomo I. Capítulo 14: Documentos útiles para el diagnóstico y la evaluación en psicopatología infantil. Universidad de Sevilla. 1995, pág 395-396.
- (16) Campo J.V. and Fritsch S.L. Somatization in children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1994; 33:1223-1234.
- (17) Ajuariaguerra J. Marcelli D. Trastornos psicossomáticos. Manual de psicopatología del niño. Barcelona: Ed. Masson. 1987, pág. 315-329.

- (18)Baumeister H., Harter M. Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* May 21, 2007, 42(7):537-46, ISSN:0933-7954.
- (19)Lieb R, Pfister H, Mastaler M, Wittchen HU. Somatoform síndromes and disorders in a representative population simple of adolescents and youg adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatr Scand*, 2000 Mar, 101(3): 194-208.
- (20)Eminson M, Benjamin S, Shortall A, Woods T. Pysical Symptoms and Illness Attitudes in Adolescents: An Epidemiological Study. *J Child Psychol Psychiatry*, 1996 jul; 37(5): 519-528.
- (21)APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Ed. española: Ed. Masson. Barcelona. 1995.
- (22)OMS. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10). Ed. española: Meditor. Madrid. 1992.
- (23)DSM-5 official website: www.dsm5.org
- (24)Pedreira Massa JL. Protocolos de salud mental infantil para la atención primaria. ELA. Madrid. 1995.
- (25)Garralda ME. The interface between pysical and mental health problems and medical help seeking in children and adolescents: a research perspective. *Child and Adolescent Mental Health*, 2004 Nov, 4: 146-155.
- (26)Garber J, Walker L.S, Zeman, J. Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: Further validation of the Children's Somatization Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 3(4), Dec 1991, 588-595.
- (27)Walker L.S, Beck J.E, Garber J, Lambert W. Children's Somatization Inventory: Psychometric Properties of the Revised Form CSI-24. *Journal of Pediatric Psychology* 2009,34(4) pp.430-440.
- (28)Van Ravesteijn H, Wittkamp K, Lucassen P, van de Lisdonk E, van den Hoogen H, van Weert H, et al. Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. *Ann Fam Med.* May-Jun 2009;7(3):232-8.
- (29)Tizon JL. Una propuesta de conceptualización de las técnicas de psicoterapia. *Rev. Asoc Esp Neuropsiq* 1992; Vol. XII. Nº 43.
- (30)Amador JA. Psicoterapia cognitiva-conductual. En: *Psicopediatría del adolescente*. Barcelona. Prous-Science. 1998, 219-228.
- (31)Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoforms disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med.* Dec 2007; 69(9):881-8.
- (32)Barlow D.H., Graskie M.G. *Mastery of your anxiety and worry. Workbook.* Second edition. Oxford University Press, Inc. 2006.
- (33)Edmund J. Bourne. *The Anxiety and Phobia Workbook.* Fourth edition. New Harbinger Publications, Inc. 2004.
- (34)Martin A. Schill L. Kratochvil CJ. *Pediatric pshychopharmacology. Principles and Practice.* Oxford University Press. Inc. 2011.

