

IX Curso de actualización

# Psiquiatría

## 2025



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

## Dolor abdominal crónico de origen funcional en niños y adolescentes: la visión del psiquiatra infantil

**Paula Andrea Duque Ríos**

Psiquiatra de niños y adolescentes Hospital San Vicente Fundación,  
Docente de cátedra del departamento de Psiquiatría,  
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

El dolor abdominal funcional (DAF) es el dolor crónico pediátrico más frecuente y motivo habitual de consulta en pediatría, gastropediatría y psiquiatría infantil. Tiene un impacto significativo en la calidad de vida, interfiriendo con el desempeño escolar, social y familiar. Por ello, desde el inicio de los síntomas se recomienda consignar en la historia clínica el impacto funcional y los síntomas emocionales asociados (1).

El diagnóstico se basa en los **criterios de Roma IV (2016)**: dolor abdominal episódico o continuo, al menos 4 veces al mes por 2 meses, no explicado por otra condición médica, sin cumplir criterios para otros síndromes gastrointestinales funcionales (2). La exclusión de *banderas rojas* (fiebre persistente, pérdida de peso, vómitos biliosos, sangrado digestivo, retraso del crecimiento) es indispensable.

## Epidemiología y factores de riesgo

La prevalencia global de DAF es de 13,5 % (3–25 %), más alta en Suramérica, y afecta principalmente a escolares y niñas (3). Factores asociados incluyen síntomas psicósomáticos, insomnio, constipación y antecedentes de infecciones gastrointestinales. En el entorno familiar se observa dolor crónico y enfermedad médica en padres (4). Los eventos adversos tempranos incrementan el riesgo de dolor persistente en la infancia y adultez (5). Aunque los estudios en gemelos sugieren un posible componente hereditario, los factores sociales y ambientales parecen determinantes (6).

## Etiología y factores psicosociales

La etiología es multifactorial, involucrando la interacción entre biología, psicología y ambiente. El **eje intestino–cerebro** refleja esta bidireccionalidad: alteraciones intestinales (disbiosis, infecciones, inflamación) influyen en el SNC, mientras que estrés, ansiedad y depresión exacerban síntomas digestivos (7). Cerca del 50 % de los pacientes presentan ansiedad o depresión (8).

Los factores familiares son claves: hijos de madres con síndrome de intestino irritable presentan más síntomas gastrointestinales y ausentismo escolar (9). El modelamiento y la sobreprotección parental refuerzan la sintomatología. Entre los factores psicosociales destacan el estrés académico, *bullying*, duelos, separación parental y maltrato (10). La evitación escolar, frecuente en estos pacientes, puede verse reforzada por dinámicas familiares bien intencionadas.

## Evaluación psiquiátrica

La valoración debe incluir tamizaje de ansiedad, depresión, TOC, trauma y trastornos de la conducta alimentaria. La somatización y alexitimia limitan la identificación emocional y favorecen la expresión somática. La entrevista familiar explora la dinámica y posibles refuerzos del dolor. El dolor abdominal puede representar una **manifestación somática de ansiedad**, dado que los niños tienden a expresar su malestar emocional mediante síntomas físicos (11).

## Tratamiento

### Psicoeducación y medidas generales

La psicoeducación a la familia es la primera intervención: explicar que el dolor es real, aunque no exista lesión orgánica, transmitir esperanza y fomentar la tolerancia a la angustia (12). Programas como *Comfort Ability* enfatizan que la **función mejora antes que el dolor**, promoviendo rutinas regulares, sueño adecuado y ejercicio progresivo (natación, caminata, yoga). Se recomienda fomentar actividades placenteras y evitar centrar la atención en el dolor (13).

### Intervenciones psicosociales

El abordaje debe involucrar familia y escuela. Se sugiere no reforzar la evitación escolar, acompañar sin sobreproteger y mantener rutinas claras. La terapia familiar ayuda a mejorar vínculos y comunicación, y a manejar conflictos. Es prioritario identificar y tratar maltrato. El papel de los padres es crucial, por lo que deben ser empoderados como agentes activos en la recuperación (14).

### Psicoterapia

La **terapia cognitivo-conductual (TCC)** es la intervención con mayor evidencia (NNT=5), eficaz para reducir el dolor, mejorar la participación social y aliviar ansiedad y depresión. Supera a lista de espera y atención médica general (15). Incluye técnicas de relajación, mindfulness, regulación emocional, flexibilidad cognitiva e hipnosis clínica. Su objetivo es promover afrontamiento adaptativo y modificar cogniciones desadaptativas como la catastrofización (16).



## Tratamiento farmacológico

Reservado para casos seleccionados. Los **ISRS** se emplean ante comorbilidad ansiosa o depresiva, y la **amitriptilina** en dosis bajas como modulador del dolor visceral. Es esencial tratar constipación e insomnio. Según el protocolo **Roma IV**, los antidepresivos pueden usarse en pacientes sin respuesta a antiespasmódicos (2). En casos específicos se consideran pregabalina o gabapentina (17).

## Conclusión

El dolor abdominal funcional en la infancia es un trastorno frecuente y multifactorial. Su manejo requiere un enfoque interdisciplinario, centrado en la psicoeducación, las intervenciones familiares y escolares, y la TCC como tratamiento de elección. La farmacoterapia se reserva para casos resistentes o con comorbilidad significativa. El objetivo no es la desaparición inmediata del dolor, sino la **recuperación funcional y la mejora de la calidad de vida**.

## Bibliografía

1. Korterink JJ, et al. Functional abdominal pain in childhood: A clinical guideline. *BMJ Paediatrics Open*. 2015.
2. Hyams JS, et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology*. 2016;150:1456–1468. (Criterios Roma IV).
3. Robin SG, et al. Prevalence of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders Utilizing the Rome IV Criteria. *J Pediatr*. 2018;195:134–139.
4. van Tilburg MA, et al. Parental chronic pain and children's functional abdominal pain. *Clin J Pain*. 2015.
5. Nelson S, et al. Childhood adversity and risk of functional gastrointestinal disorders. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017.
6. Saito YA, et al. Twin study of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2010.
7. Carabotti M, et al. The gut-brain axis: interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems. *Ann Gastroenterol*. 2015.
8. Campo JV, et al. Anxiety and depression in children with functional abdominal pain. *Pediatrics*. 2004.
9. Levy RL, et al. Parent-child concordance of gastrointestinal symptoms. *Gastroenterology*. 2004.
10. van Tilburg MA, et al. Psychosocial mechanisms in pediatric functional abdominal pain. *Pain*. 2009.
11. Campo JV. Functional somatic symptoms in children and adolescents. *Int Rev Psychiatry*. 2012.
12. Walker LS, et al. The role of medical reassurance in pediatric functional abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2006.
13. Coakley R, et al. The Comfort Ability® program. *Clin Pract Pediatr Psychol*. 2018.
14. Levy RL, et al. Parent intervention in pediatric functional abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2010.
15. Sprenger L, et al. Psychological treatments for recurrent abdominal pain in childhood. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021.
16. Palermo TM, et al. Cognitive-behavioral therapy for chronic pain in children and adolescents. *Pain*. 2010.
17. Saps M, et al. Pharmacotherapy for functional gastrointestinal disorders in children: A systematic review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2020.