



## ORIGINAL

# Quejas somáticas, conciencia emocional e inadaptación en población escolar



A. Ordóñez<sup>a,\*</sup>, C. Maganto<sup>b</sup> y R. González<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universitat de València, Valencia, España

<sup>b</sup> Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad del País Vasco, San Sebastián, Guipúzcoa, España

Recibido el 16 de enero de 2014; aceptado el 21 de marzo de 2014

Disponible en Internet el 29 de abril de 2014

### PALABRAS CLAVE

Quejas somáticas;  
Inteligencia emocional;  
Adaptación social;  
Adaptación psicológica;  
Población infantil

### Resumen

**Introducción:** Las quejas somáticas son frecuentes en la infancia. La investigación ha puesto de manifiesto su relación con la conciencia emocional y la inadaptación. El estudio tuvo 3 objetivos: 1) analizar la prevalencia de las quejas somáticas; 2) explorar las relaciones entre las variables evaluadas: quejas somáticas, diferenciar emociones, comunicar verbalmente emociones, no esconder emociones, conciencia corporal, atender emociones de otros, análisis de las propias emociones, inadaptación personal, inadaptación social, inadaptación familiar e inadaptación escolar, y 3) identificar variables predictoras de las quejas somáticas.

**Pacientes y métodos:** Los participantes, seleccionados aleatoriamente, fueron 1.134 escolares de 10-12 años (media  $\pm$  desviación típica = 10,99  $\pm$  0,88), de ambos sexos. Se aplicaron el Listado de quejas somáticas, cuestionario de conciencia emocional y el Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil.

**Resultados:** Los resultados indicaron que la prevalencia de quejas somáticas es del 90,2%, siendo el cansancio, el dolor de cabeza y el dolor de estómago los más frecuentes. Los mareos y el dolor de cabeza son superiores en niñas y las quejas disminuyen con la edad. Las quejas somáticas se relacionan negativamente con la conciencia emocional y positivamente con la inadaptación. Las variables que más contribuyen en la predicción de las quejas somáticas son la inadaptación personal (25,1%) y diferenciar emociones (2,5%).

**Conclusiones:** El trabajo permite concluir que la inadaptación personal es la mejor predictora de las quejas somáticas, así a mayor conciencia emocional y mejor adaptación, menor es el número de quejas somáticas presentadas, siendo la infancia una etapa evolutiva con importante malestar físico.

© 2014 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ana.ordonez@uv.es](mailto:ana.ordonez@uv.es) (A. Ordóñez).

**KEYWORDS**

Somatic complaints;  
Emotional  
intelligence;  
Social adjustment;  
Psychological  
adjustment;  
School age population

**Somatic complaints, emotional awareness and maladjustment in schoolchildren****Abstract**

*Introduction:* Somatic complaints are common in childhood. Research has shown their relationship with emotional awareness and maladjustment. The study had three objectives: 1) to analyze the prevalence of somatic complaints; 2) To explore the relationships between the variables evaluated: somatic complaints, differentiating emotions, verbal sharing of emotions, not hiding emotions, body awareness, attending to others' emotions, analysis of emotions, and personal, social, family, and school maladjustments; and 3) To identify predictors of somatic complaints.

*Patients and methods:* The study included a total of 1,134 randomly selected schoolchildren of both sexes between 10-12 years old ( $M = 10.99$ ;  $SD = 0.88$ ). The Somatic Complaint List, Emotional Awareness Questionnaire, and Self-reported Multifactor Test of Childhood Adaptation were used to gather information.

*Results:* The results showed that the prevalence of somatic complaints was 90.2%, with fatigue, headache and stomachache being the most frequently. Dizziness and headache were more common in girls, and the frequency of complaints decreases with age. Somatic complaints are negatively related to emotional awareness, and positively related to maladjustment. The variables that contribute the most to the prediction of somatic complaints are personal maladjustment (25.1%) and differentiating emotions (2.5%).

*Conclusions:* The study shows that personal maladjustment is the best predictor of somatic complaints; the more emotional awareness and better adapted the child, the fewer somatic complaints they lodge. Childhood is a stage with significant physical discomfort.

© 2014 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

Las quejas somáticas (QS) son percepciones desagradables experimentadas subjetivamente en el cuerpo<sup>1,2</sup>. El 25% de los/as niños/as que acuden a consulta pediátrica presentan síntomas físicos que se explican mejor como problemas psicosomáticos que como enfermedades médicas<sup>3</sup>. Los estudios epidemiológicos señalan un aumento de la prevalencia de QS<sup>2,4,5</sup>, indicándose que entre el 5 y el 30% de niños de 8-16 años se ven afectados<sup>3,6,7</sup>. Algunos trabajos señalan el dolor gastrointestinal como la QS más común, con una prevalencia entre el 8 y el 25% en edad escolar<sup>8</sup>, pero otros señalan la fatiga (12,1%)<sup>1</sup> o el dolor de cabeza (58,5%) como los más prevalentes<sup>9,10</sup>. Si atendemos al sexo y la edad, las niñas presentan más QS que los niños<sup>1,8,10,11</sup>, incrementándose la prevalencia en la primera infancia y al inicio de la adolescencia<sup>12</sup>.

Como consecuencia de la ausencia de causas orgánicas detectables, el interés es creciente por los procesos implicados en los factores psicosociales<sup>2,5,10-14</sup>. Este estudio analiza 2 posibles factores: el funcionamiento emocional a través de la conciencia emocional y la inadaptación del menor en distintos contextos.

La relación entre funcionamiento emocional y QS<sup>2,15,16</sup> indica que la alexitimia, habilidad limitada para identificar y comunicar emociones, es la característica principal de las personas con QS<sup>17,18</sup>. Dicha relación ha sido confirmada en población infantil<sup>13,19</sup>, observándose que la incapacidad para diferenciar emociones y una fuerte conciencia de síntomas corporales durante la experiencia emocional contribuyen a la predicción de QS<sup>13,20</sup>. Van der Veek et al.<sup>2</sup>

indican que los/as niños/as con pobre conciencia emocional tienen dificultades para reconocer las emociones que experimentan y también para afrontarlas de forma eficaz. El uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas conduce a experimentar más síntomas somáticos como respuesta al conflicto emocional no resuelto<sup>21</sup>.

Las QS recurrentes deterioran el funcionamiento psicossocial del niño e influyen negativamente en la rutina familiar, en la concentración, el desarrollo cognitivo y el rendimiento académico<sup>4,9,16,21,22</sup>. Además, los niños con QS presentan mayor absentismo escolar, menor participación en actividades extraescolares y peores relaciones interpersonales<sup>4,5,9,10,22</sup>. Vila et al.<sup>22</sup> observaron que el 47% de los niños con QS presentaba alteraciones de concentración, el 30% faltaba a clase y el 24% veía menos a sus amigos. También se ha estudiado la presencia de QS como consecuencia de desajustes personales y problemas sociales. En este sentido, relaciones problemáticas con los compañeros o un ambiente familiar conflictivo conllevan afectos negativos que aumentan la probabilidad de QS<sup>6,15,23,24</sup>.

Como conclusión, se debe señalar que las QS son comunes en la infancia; sin embargo, la investigación es escasa<sup>25</sup>. Se evidencia que en la etiología de las QS no solo se encuentran factores médicos, sino también psicosociales. Estas observaciones muestran la importancia de conocer las posibles influencias sobre las QS, con la finalidad de poder definir intervenciones eficaces.

En este contexto, se plantean tres objetivos: 1) analizar la prevalencia de QS; 2) explorar las relaciones entre las variables evaluadas, y 3) identificar variables predictoras de QS. Tomando como referencia los hallazgos de estudios

previos, las hipótesis propuestas fueron: 1) la tasa de prevalencia de QS estará entre el 5 y el 30%, siendo más frecuentes el dolor de cabeza y estómago; 2) las QS se relacionarán negativamente con las variables de conciencia emocional y positivamente con las variables de inadaptación, y 3) serán variables predictoras de QS: diferenciar emociones, comunicar verbalmente emociones, conciencia corporal e inadaptación social.

## Pacientes y métodos

### Participantes

Los participantes fueron 1.134 niños/as, entre 10 y 12 años ( $M \pm DT = 10,99 \pm 0,80$ ), distribuidos de forma homogénea según sexo y edad (53,4% chicas; 46,6% chicos; 371 de 10 años; 401 de 11 años; 362 de 12 años), todos ellos pertenecientes a 12 centros educativos públicos y concertados de la Comunidad Valenciana (España). El muestreo fue estratificado por conglomerados, en función de las ciudades/número de habitantes, tipo de institución (público o concertado), el número de alumnos en cada colegio y los grupos de edad.

### Instrumentos de medida

Para evaluar las QS se utilizó el *Listado de quejas somáticas* (SCL)<sup>26</sup>. Este instrumento evalúa la frecuencia de haber experimentado dolor en las últimas 4 semanas. Está formado por 11 ítems, con 3 alternativas (1 = nunca; 2 = a veces; 3 = a menudo) que ofrecen una puntuación global. De los 11 ítems que componen la escala, 1 se refiere a dolor general y 8 a QS concretas: cansancio, dolor de estómago, debilidad, mareo, dolor de cabeza, vómito, desmayo y dolor de pecho. Dos ítems son de contraste y están referidos a bienestar: me siento sano y me siento bien. La fiabilidad ha sido adecuada ( $\alpha = 0,81$ ) y estudios previos muestran buenas propiedades psicométricas: NFI = 0,95; CFI = 0,94; IFI = 0,94; RMSEA = 0,07 ( $p < 0,001$ )<sup>27</sup>.

La conciencia emocional se midió con el *Cuestionario de conciencia emocional* (EAQ)<sup>13</sup>; consta de 30 ítems con 3 alternativas de (1 = no es verdad; 2 = a veces; 3 = es verdad). Evalúa 6 dimensiones: Diferenciar emociones (capacidad de identificar, discriminar y comprender la causa de las emociones, 7 ítems); Compartir emociones verbalmente (comunicar los sentimientos propios a otros, 3 ítems); No esconder emociones (expresión abierta y adecuada de emociones, 5 ítems); Conciencia corporal (capacidad de conectar las sensaciones físicas con las emociones, 5 ítems); Atender emociones de otros (interés por escuchar y/o percibir las emociones ajenas, 5 ítems), y Análisis de las propias emociones (interés por percibir y comprender las propias emociones, 5 ítems). A mayor puntuación en cada dimensión, se supone un nivel más alto de dicha habilidad. Los factores presentan índices de fiabilidad aceptables (entre  $\alpha = 0,63$  y  $\alpha = 0,68$ ) y la estructura factorial ha sido confirmada para la versión española (método de máxima verosimilitud): NFI = 0,92, CFI = 0,91, IFI = 0,91, RMSEA = 0,03 ( $p < 0,001$ )<sup>27</sup>.

La inadaptación fue evaluada con el *Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil* (TAMAI)<sup>28</sup>. Evalúa inadaptación y está compuesto por 172 ítems dicotómicos

(0 = no, 1 = sí). En todas las dimensiones, a mayor puntuación mayor nivel de inadaptación. Se han utilizado 4 escalas: Personal (desajuste del niño consigo mismo y dificultad para aceptar la realidad, rango 0-35), Social (falta de control, respeto y consideración a los demás, reducción de las relaciones y desconfianza, rango 0-35), Familiar (insatisfacción con el clima del hogar y relación de los padres, rango 0-5), y Escolar (bajo rendimiento, conductas disruptivas y actitud desfavorable, rango 0-30). La fiabilidad de las escalas utilizadas han sido adecuadas ( $\alpha = 0,82$ ,  $\alpha = 0,78$ ,  $\alpha = 0,69$  y  $\alpha = 0,88$ , respectivamente), alcanzando una fiabilidad de  $\alpha = 0,89$  en la muestra de los autores<sup>28</sup>.

Dichos autoinformes están diseñados para utilizarse a partir de 8 años, edad en la que el menor puede informar de sus sentimientos y experiencias<sup>29</sup>.

### Diseño y procedimiento

El estudio utilizó una metodología descriptiva de corte transversal. Se contactó con los centros educativos para exponer los objetivos de la investigación, promover su colaboración y solicitar consentimiento. Se envió una carta a los padres explicando el estudio y solicitando el consentimiento de los participantes.

El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS (v.21). Se llevaron a cabo cálculos de estadísticos descriptivos para las variables de estudio, correlaciones bivariadas de Spearson para estudiar la relación entre las variables, pruebas t de Student y análisis multivariados de varianza para estudiar diferencias entre grupos y, por último, análisis de regresión jerárquicas paso a paso, comprobándose los supuestos necesarios<sup>30</sup>.

### Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el comité ético de la *Conselleria d'Educació de la Comunitat Valenciana*, respetando los principios incluidos en la Declaración de Helsinki y en las normativas vigentes. Los autoinformes fueron aplicados por el tutor/a de forma colectiva en horario escolar, en 2 sesiones de 45 min.

## Resultados

### Prevalencia

La queja con mayor prevalencia es el cansancio, un 81,3% de los niños evaluados; le siguen el dolor de cabeza (45,7%) y el dolor de estómago (43,7%), mientras que la queja desmayo es la que menos prevalencia tiene (11,7%) (tabla 1).

Si atendemos al número de QS presentadas, solo el 9,8% de los/as niños/as evaluados/as dicen sentirse libres de quejas; el 40% de los niños tienen una o 2 quejas y el 12,9% tienen 6 o más quejas (tabla 2). Para estos análisis, se ha considerado que existe la queja cuando la respuesta es «A veces» o «A menudo».

**Tabla 1** Prevalencia de quejas somáticas (ordenadas de mayor a menor)

Quejas somáticas	Prevalencia
1. Me siento cansado	81,3%
2. Tengo dolor de cabeza	45,7%
3. Tengo dolor de estómago	43,7%
4. Me siento débil	30,3%
5. Estoy mareado	30,2%
6. Tengo dolor en el pecho	22,9%
7. Tengo ganas de vomitar	22,8%
8. Siento que me desmayo	11,7%

**Tabla 2** Frecuencia de quejas somáticas

Número de quejas	F	%	% acumulado
Sin quejas	111	9,8	9,8
Con 1 queja	253	22,3	32,1
Con 2 quejas	212	18,7	50,8
Con 3 quejas	165	14,6	65,3
Con 4 quejas	127	11,2	76,5
Con 5 quejas	120	10,6	87,1
Con 6 quejas	66	5,8	92,9
Con 7 quejas	42	3,7	96,6
Con 8 quejas	38	3,4	100
Total	1.134	100	100

### Análisis diferenciales según sexo y edad

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas a favor de las chicas en QS, como Estoy mareado ( $p \leq 0,004$ ) y Dolor de cabeza ( $p \leq 0,006$ ). También en escalas del EAQ, Conciencia corporal ( $p \leq 0,001$ ), Atender emociones de otros ( $p \leq 0,001$ ) y Análisis de las propias emociones ( $p \leq 0,001$ ). Y a favor de los chicos en

las escalas del TAMAI, Inadaptación social ( $p \leq 0,001$ ) e Inadaptación escolar ( $p \leq 0,001$ ).

En cuanto a la edad, se observaron diferencias estadísticamente significativas en algunas QS: Me siento débil ( $p \leq 0,003$ ), Estoy mareado ( $p \leq 0,008$ ) y Tengo ganas de vomitar ( $p \leq 0,032$ ). También en las variables del EAQ: Diferenciar emociones ( $p \leq 0,001$ ) y Conciencia corporal ( $p \leq 0,009$ ), y en las variables Inadaptación personal ( $p \leq 0,001$ ) e Inadaptación familiar ( $p \leq 0,001$ ) del TAMAI, indicando que a mayor edad, niveles menores de QS en todas las variables, excepto en Diferenciar emociones. El tamaño del efecto fue bajo en todos los casos.

### Conciencia emocional e inadaptación: diferencias según queja somática

Para analizar las diferencias en conciencia emocional e inadaptación en función de las QS se dividió a los participantes en grupos, según la puntuación obtenida en el SCL, utilizándose una estratificación por terciles como punto de corte. Los resultados del análisis indicaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables evaluadas, excepto en Análisis de las propias emociones (tabla 3), observándose que los/as niños/as con nivel bajo de QS obtienen puntuaciones más elevadas en Diferenciar emociones ( $p \leq 0,001$ ), Comunicar verbalmente emociones ( $p \leq 0,001$ ), No esconder emociones ( $p \leq 0,001$ ), Atender emociones de otros ( $p \leq 0,001$ ) y Análisis de las propias emociones ( $p \leq 0,035$ ). Sin embargo, obtienen puntuaciones más bajas en Conciencia corporal ( $p \leq 0,001$ ) e Inadaptación personal ( $p \leq 0,001$ ), Social ( $p \leq 0,001$ ), Familiar ( $p \leq 0,001$ ) y Escolar ( $p \leq 0,001$ ). Aunque los análisis post hoc de Tukey confirmaron las diferencias entre los 3 grupos, el tamaño del efecto fue bajo.

**Tabla 3** Diferencias de medias según el nivel de quejas somáticas en las variables evaluadas (ANOVA)

Variables	Nivel de quejas somáticas			F	p
	Bajo n = 437 M $\pm$ DT	Medio n = 341 M $\pm$ DT	Alto n = 356 M $\pm$ DT		
<b>EAQ</b>					
Diferenciar emociones	2,45 $\pm$ 0,42	2,36 $\pm$ 0,40	2,19 $\pm$ 0,40	37,241	0,001
Comunicar verbalmente emociones	2,22 $\pm$ 0,54	2,05 $\pm$ 0,56	1,90 $\pm$ 0,54	33,150	0,001
No esconder emociones	2,13 $\pm$ 0,54	2,05 $\pm$ 0,56	1,90 $\pm$ 0,54	8,147	0,001
Conciencia corporal	2,02 $\pm$ 0,55	2,15 $\pm$ 0,51	2,28 $\pm$ 0,45	25,578	0,001
Atender emociones de otros	2,64 $\pm$ 0,39	2,60 $\pm$ 0,37	2,53 $\pm$ 0,41	7,413	0,001
Análisis de las propias emociones	2,40 $\pm$ 0,44	2,38 $\pm$ 0,42	2,32 $\pm$ 0,41	3,364	0,035
<b>TAMAI</b>					
Inadaptación personal	7,29 $\pm$ 4,27	9,48 $\pm$ 4,76	12,88 $\pm$ 5,7	125,037	0,001
Inadaptación social	6,38 $\pm$ 4,12	7,45 $\pm$ 3,91	8,95 $\pm$ 5,14	33,059	0,001
Inadaptación familiar	0,42 $\pm$ 0,91	0,48 $\pm$ 0,97	0,84 $\pm$ 1,22	17,889	0,001
Inadaptación escolar	6,65 $\pm$ 5,02	7,57 $\pm$ 5,33	9,42 $\pm$ 6,40	24,271	0,001

DT: desviación típica; M: media.

**Tabla 4** Correlación de Pearson entre las distintas variables evaluadas (n = 1.134)

	SCL		EAQ					TAMAI		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>EAQ</b>										
2	-0,305***	-								
3	-0,257***	0,316***	-							
4	-0,163***	0,272***	0,331***	-						
5	0,229***	-0,287***	-0,192***	-0,159***	-					
6	-0,131***	0,029	0,148***	0,124***	0,123***	-				
7	-0,058	-0,195***	0,040	-0,051	0,246***	0,404***	-			
<b>TAMAI</b>										
8	0,495***	-0,308***	-0,322***	-0,251***	0,183***	-0,216***	-0,118***	-		
9	0,285***	-0,197***	-0,261***	-0,205***	0,040	-0,295***	-0,185***	0,581***	-	
10	0,213***	-0,167***	-0,122***	-0,075*	-0,002	-0,086**	-0,071*	0,312***	0,241***	-
11	0,223***	-0,151***	-0,157***	-0,139***	-0,002	-0,246***	-0,226***	0,445***	0,624***	0,220***

1: Quejas somáticas; 2: Diferenciar emociones; 3: Comunicar verbalmente emociones; 4: No esconder emociones; 5: Conciencia corporal; 6: Atender emociones de otros; 7: Análisis de las propias emociones; 8: Inadaptación personal; 9: Inadaptación social; 10: Inadaptación familiar; 11: Inadaptación escolar.

\* p < 0,05.

\*\* p < 0,01.

\*\*\* p < 0,001.

## Estudio correlacional

En la correlación realizada (tabla 4) se observaron relaciones negativas entre las QS y las variables Diferenciar emociones ( $r = -0,305$ ;  $p \leq 0,001$ ), Comunicar verbalmente emociones ( $r = -0,257$ ;  $p \leq 0,001$ ) y Atender emociones de otros ( $r = -0,131$ ;  $p \leq 0,001$ ), mientras son positivas entre las QS y la Conciencia corporal ( $r = 0,229$ ;  $p \leq 0,001$ ), la Inadaptación personal ( $r = 0,495$ ;  $p \leq 0,001$ ), Social ( $r = 0,285$ ;  $p \leq 0,001$ ), Familiar ( $r = 0,213$ ;  $p \leq 0,001$ ) y Escolar ( $r = 0,223$ ;  $p \leq 0,001$ ).

## Análisis predictivos sobre queja somática

El análisis de regresión lineal con QS como variable criterio y conciencia emocional e inadaptación como predictoras

(tabla 5) señaló que, del conjunto de variables predictoras, 6 resultaron estadísticamente significativas: Inadaptación personal ( $\beta = 0,394$ ;  $\Delta R^2 = 0,251$ ), Diferenciar emociones ( $\beta = -0,133$ ;  $\Delta R^2 = 0,026$ ), Conciencia corporal ( $\beta = 0,122$ ;  $\Delta R^2 = 0,011$ ), Análisis de las propias emociones ( $\beta = -0,058$ ;  $\Delta R^2 = 0,004$ ), Comunicar verbalmente emociones ( $\beta = -0,059$ ;  $\Delta R^2 = 0,003$ ) e Inadaptación familiar ( $\beta = 0,057$ ;  $\Delta R^2 = 0,003$ ). Los coeficientes de regresión estandarizados beta indican que estas variables tienen poco peso sobre las QS, a excepción de Inadaptación personal. El conjunto de dichas variables predicen un 29,4% de la varianza explicada de las QS.

## Discusión

Se plantearon como objetivos analizar la prevalencia de QS, explorar su relación con la conciencia emocional y la

**Tabla 5** Análisis de regresión para las variables evaluadas sobre las Quejas somáticas

	R	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	Error típico	B	Error típico	Constante	$\beta$	t	p
Inadaptación personal	0,501	0,251	0,131	3,05	0,254	0,019	12,150	0,394	13,447	0,001
Diferenciar emociones	0,527	0,277	0,094	3,00	-1,104	0,239	15,756	-0,133	-4,612	0,001
Conciencia corporal	0,537	0,288	0,017	2,98	0,819	0,185	13,713	0,122	4,419	0,001
Análisis de las propias emociones	0,540	0,292	0,016	2,97	-0,470	0,222	15,072	-0,058	-2,115	0,035
Comunicar verbalmente emociones	0,543	0,295	0,031	2,97	-0,369	0,174	15,661	-0,059	-2,119	0,034
Inadaptación familiar	0,545	0,298	0,003	2,96	0,189	0,090	15,426	0,057	2,097	0,036

inadaptación, e identificar las variables predictoras. Los resultados indican diferencias según sexo y edad; sin embargo no se incluyeron dichas variables en el resto de análisis por el bajo tamaño del efecto. Los resultados obtenidos no están en línea con la literatura previa<sup>9,10</sup>; las chicas solo obtuvieron puntuaciones superiores que los chicos en dolor de cabeza y ganas de vomitar. En cuanto a la edad, se observa una disminución de las QS, pero no el aumento de frecuencia que señalaba la literatura previa<sup>1,9,12</sup>, y tampoco mayor prevalencia del dolor de cabeza en niños mayores.

Centrándonos en las hipótesis, se esperaba una prevalencia de QS comprendida entre el 5 y el 30%<sup>3,6</sup>; sin embargo, las obtenidas han sido superiores. Solo el 9,8% de los participantes dicen sentirse libres de QS, lo que significa que el 90,2% ha presentado algún tipo de dolor en las últimas semanas. Así, aunque el 22,3% de los participantes tienen solo una QS, no es el patrón habitual, ya que el 67,9% de los participantes acumula 2 o más QS. En este sentido, los resultados indican un aumento de la prevalencia de QS en la infancia<sup>4,5</sup> y son alarmantes por las altas tasas alcanzadas y porque no se trata de muestra clínica, sino de muestra comunitaria. Los resultados señalan que el dolor de cabeza y el de estómago tienen prevalencias similares (45,7% y 43,7%, respectivamente), estas son las QS más prevalentes en la literatura consultada<sup>8,9</sup>. Sin embargo, la QS más prevalente es el cansancio (81,3%), similar a la fatiga señalada por Barkmann et al.<sup>1</sup>. Si se analiza el ritmo de vida de la sociedad actual, es normal que los/as niños/as se sientan cansados/as, pues la conciliación de la vida laboral y familiar es complicada. La rutina diaria implica la jornada escolar y también combinar los horarios laborales de los padres con los deberes y actividades extraescolares (idiomas, música, deportes). Esta situación da lugar a la prolongación de la jornada, retrasando la hora de ir a dormir y disminuyendo las horas de descanso. En relación con la alta prevalencia observada, también podría deberse a características de la muestra o de los autoinformes utilizados en la evaluación. Sin embargo, el hecho de que los autoinformes hayan sido utilizados previamente y que los resultados observados estén en consonancia con la literatura otorga validez a la hipótesis.

La segunda hipótesis planteaba que las QS se relacionaran negativamente con las variables de conciencia emocional y positivamente con las de inadaptación. En este sentido, las QS se han relacionado, tal y como se esperaba, negativamente con las variables Diferenciar emociones, Comunicar verbalmente emociones, No esconder emociones y Atender emociones de otros<sup>2,15,21</sup>. Se debe destacar la relación positiva entre QS y Conciencia corporal. De forma similar a trabajos previos con el EAQ<sup>2,21</sup>, y con la finalidad de homogeneizar la interpretación de los análisis con respecto a todos los aspectos de la conciencia emocional, se puntuó la escala Conciencia corporal sin invertir los ítems. Los resultados parecen confusos, ya que ser consciente de las sensaciones físicas que acompañan a las emociones debería ser bueno, pero aparece ligado a QS. Sin embargo, son similares a los obtenidos en investigaciones previas<sup>13,14</sup>, en las que los menores más conscientes de la relación entre sensaciones corporales y emociones refieren más síntomas

somáticos. Una posible explicación es que estos niños son muy conscientes de sus sensaciones y, en consecuencia, son más nerviosos, manifestando ansiedad mediante QS. Por otro lado, la relación entre QS e inadaptación personal, social, familiar y escolar es positiva<sup>4-6,9,10,16,21</sup>. Se debe señalar que la relación positiva entre las QS y la inadaptación personal es la más alta en nuestros resultados. Esto es relevante por la poca información encontrada relacionando dichas variables, aunque sí existen trabajos sobre la relación de las QS con inadaptación y problemas sociales, escolares y familiares<sup>4,6,9,16,23,24</sup>. Quizás se ha infravalorado la importancia de variables intrapersonales en trabajos previos, en pro de variables interpersonales, debido a las dificultades que conlleva su evaluación.

La tercera hipótesis indicaba que los aspectos de la conciencia emocional relacionados con la alexitimia fueran los que más contribuyeran a la explicación de las QS<sup>2,13</sup>, acompañados de la Inadaptación social<sup>4,16,23</sup>. Sin embargo, la variable con mayor varianza explicada es Inadaptación personal; el resto de las variables tienen un peso menor. Como se ha señalado anteriormente, son escasos los trabajos que relacionan QS e Inadaptación personal, aunque sí se han relacionado con variables como autoestima, calidad de vida, bienestar, afecto y ajuste<sup>2,4-6,9,15</sup>. La escala Inadaptación personal del TAMAI se refiere al ajuste y el equilibrio del individuo consigo mismo; es una definición compleja pero permite observar la relevancia que el mundo interior del niño tiene en su bienestar físico. Teniendo en cuenta los resultados, el estudio de aspectos personales del/de la niño/a es importante para comprender qué le pasa, cómo le afecta y cuáles son sus consecuencias. Desde edad temprana, los niños tienen sus propios sentimientos/pensamientos sobre lo que sucede en su entorno, siendo importante comprender su funcionamiento personal y cómo afrontan los conflictos diarios. Así, cuanto más eficaces son sus estrategias de afrontamiento, su ajuste es mayor, disminuyendo los problemas de salud y de índole social.

Como limitaciones, podría destacarse la utilización exclusiva de medidas de autoinforme, aunque a partir de los 8 años los/as niños/as poseen conocimiento directo de sus pensamientos y sentimientos, y sus respuestas pueden ser fiables<sup>29</sup>. También se debe señalar que el tamaño del efecto ha sido bajo en todos los casos; sin embargo, sí que se han observado diferencias significativas, por ello se debe atender a la dirección en que apuntan dichos resultados y profundizar en futuras investigaciones. Por último, sería interesante la inclusión de diferentes informantes, como padres, pediatras y profesores, para lograr mayor comprensión de la problemática y su alcance.

En conclusión, la prevalencia de QS en niños/as de 10-12 años (muestra no clínica) es alta; el 90,2% de los participantes refirió alguna QS. Además, la conciencia emocional tiene importancia en la comprensión de las QS; sin embargo, la variable que más contribuye a su aparición es la Inadaptación personal. Así, centrarse solo en la relación entre conciencia emocional y QS es una perspectiva simplista sobre la problemática, pues las QS no son solo resultado de un pobre manejo emocional en el día a día, sino una respuesta física del propio cuerpo ante problemas y conflictos personales.

El estudio es relevante porque aporta una nueva perspectiva para comprender las QS. La infancia es una etapa evolutiva con importante malestar físico, que requiere mayor atención<sup>10,27</sup>. Las intervenciones implementadas en los centros escolares de forma colectiva<sup>27</sup>, dirigidas a desarrollar habilidades emocionales y estrategias de afrontamiento pueden contribuir al bienestar, disminuyendo la prevalencia de QS, y también la utilización de los servicios sanitarios de atención primaria, y las ausencias laborales de los padres.

## Financiación

Esta investigación ha sido subvencionada por:

- El Ministerio de Ciencia e Innovación (Proyecto PSI2010-18742).
- La *Conselleria d'Educació de la Generalitat Valenciana* (PROMETEO/2011/009).
- La *Universitat de València* (Ayuda para investigadores en formación predoctoral «*Atracció de Talent*»).
- El Departamento de Educación, Política Lingüística y Cultura del Gobierno Vasco (IT638-13).
- La Unidad de Formación e Investigación de la Universidad del País Vasco (UFIPSIXI-11/04).

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. 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, <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-010-0273-4>.
2. Van der Veek S, Nobel R, Derkx H. The relationship between emotion awareness and somatic complaints in children and adolescents: Investigating the mediating role of anxiety and depression. *Psychol Health.* 2012;0:1-16, doi: [dx.doi.org/10.1080/08870446.2012.685738](http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2012.685738).
3. López C, Alcántara MV, Fernández V, Castro M, López JA. Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL. *An Psicol.* 2010;26:325-54.
4. Saps M, Seshadri R, Sztainberg M, Shaffer G, Marshall B, Di Lorenzo C. A prospective school-based study of abdominal pain and other common somatic complaints in children. *J Pediatr.* 2009;32:2-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2008.09.047>.
5. Weiss K, Hahn A, Wallace D, Biggs B, Bruce B, Harrison T. Acceptance of pain: Associations with depression, catastrophizing, and functional disability among children and adolescents in an interdisciplinary chronic pain rehabilitation program. *J Pediatr Psychol.* 2013;38:756-65, <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jst028>.
6. Gini G, Carli G, Pozzoli T. Social support, peer victimization, and somatic complaints: A meditational analysis. *J Paediatr Child Health.* 2009;45:358-63, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1754.2009.01501.x>.
7. Petersen S, Brulin C, Bergström E. Recurrent pain symptoms in young school children are often multiple. *Pain.* 2006;121:145-50.
8. Duffon L, Dunn M, Compas B. Anxiety and somatic complaints in children with recurrent abdominal pain and anxiety disorders. *J Pediatr Psychol.* 2009;34:176-86, <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jso064>.
9. Zolog T, Jane Ballabriga MC, Bonillo-Martin A, Canals-Sans J, Hernández-Martínez C, Tomero-Acosta K, et al. Somatic complaints and symptoms of anxiety and depression in a school-based sample of preadolescents and early adolescents. Functional impairment and implications for treatment. *J Cogn Behav Psychother.* 2011;11:191-208.
10. Serra R, Claustre-Jane M, Bonillo A. Síntomas somáticos funcionales en una muestra española: psicopatología y estilos educativos. *An Pediatr (Barc).* 2013;79:101-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.09.008>.
11. Wangby M. Somatic complaints in girls: A longitudinal perspective. *Cogn Behav Ther.* 2000;29:22-36, <http://dx.doi.org/10.1080/028457100439845>.
12. Jellesma F, Rieffe C, Meerum-Terwogt M, Kneepkens CM. Somatic complaints and health care use in children: Mood, emotion awareness and sense of coherence. *Soc Sci Med.* 2006;63:2640-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.07.004>.
13. Rieffe C, Oosterveld P, Miers AC, Meerum-Terwogt M, Ly V. Emotion awareness and internalising symptoms in children and adolescents; the Emotion Awareness Questionnaire revised. *Pers Individ Dif.* 2008;45:756-61, <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2008.08.001>.
14. Vernberg E, Nelson T, Fonagy P, Twemlow S. Victimization, aggression, and visits to the school nurse for somatic complaints, illnesses, and physical injuries. *Pediatrics.* 2011;127:842-8, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2009-3415>.
15. Jellesma FC, Rieffe C, Meerum-Terwogt M. Do I feel sadness, fear or both? Comparing self-reported alexithymia and emotional task-performance in children with many or few somatic complaints. *Psychol Health.* 2009;24:881-93, <http://dx.doi.org/10.1080/08870440801998970>.
16. Jellesma FC, Rieffe C, Meerum-Terwogt M. My peers, my friend, and I: Peer interactions and somatic complaints in boys and girls. *Soc Sci Med.* 2008;66:2195-205, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.029>.
17. Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom.* 1972;22:255-62, <http://dx.doi.org/10.1159/000286529>.
18. Sifneos PE. Alexithymia: Past and present. *Am J Psychiatry.* 1996;153:137-42.
19. Rieffe C, de Rooij M. The longitudinal relationship between emotion awareness and internalizing symptoms during late childhood. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012;21:349-56, <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-012-0267-8>.
20. Rieffe C, Villanueva L, Adrián JE, Górriz AB. Quejas somáticas, estados de ánimo y conciencia emocional en adolescentes. *Psicothema.* 2009;3:459-64.
21. Van der Veek S, Derkx H, de Haan E, Benninga M, Boer F. Emotion awareness and coping in children with functional abdominal pain: A controlled study. *Soc Sci Med.* 2012;74:112-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.023>.
22. Vila M, Kramer T, Hickey N, Dattani M, Jefferis H, Singh M, et al. Assessment of somatic symptoms in British secondary school children using the Children's Somatization Inventory (CSI). *J Pediatr Psychol.* 2009;34:989-98, <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsp005>.
23. Vilsaint C, Aiyer S, Wilson M, Shaw D, Dishion T. The ecology of early childhood risk: A canonical correlation analysis of children's adjustment, family, and community context

- in a high-risk sample. *J Primary Prevent.* 2013;34:261–77, <http://dx.doi.org/10.007/s10935-013-0305-4>.
24. Orgilés M, Samper MD. El impacto del divorcio en la calidad de vida de los niños de 8 a 12 años en la provincial de Alicante. *Gac Sanit.* 2011;25:490–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.05.013>.
  25. Colomer-Revuelta C, Colomer-Revuelta J, Mercer R, Peiró-Pérez R, Rajmil L. La salud en la infancia. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl. 1:39–46.
  26. Jellesma FC, Rieffe C, Meerum-Terwogt M. The somatic complaint list: Validation of a self-report questionnaire assessing somatic complaints in children. *J Psychosom Res.* 2007;63:399–401, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.01.017>.
  27. Górriz AB, Prado-Gascó VJ, Villanueva L, Ordóñez A, González R. The MOOD Questionnaire: Adaptation and validation of the Spanish version. *Psicothema.* 2013;25:252–7, <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2012.201>.
  28. Hernández-Guanir P. Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil (TAMAI). Madrid: TEA ediciones; 2009. 86 p.
  29. Waters A, Henry J, Mogg K, Bradley B, Pine D. Attentional bias towards angry faces in childhood anxiety disorders. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2010;41:158–64, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.12.001>.
  30. Field A. *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics.* London: SAGE Publications Ltd; 2013.