

**CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICA DE NIÑOS Y
ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS CON TRASTORNOS POR SÍNTOMAS SOMÁTICOS
EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN BOGOTÁ**

**Autora:
Catalina Walker Alvarez**

**Universidad El Bosque
Especialización en psiquiatría infantil y del adolescente
División de postgrado y formación avanzada
Bogotá D.C, Julio 2023**

Universidad el Bosque

Programa de ciencias naturales y de la salud

Especialización en psiquiatría infantil y del adolescente.

Caracterización sociodemográfica y clínica de niños y adolescentes hospitalizados con trastornos por síntomas somáticos en una institución de tercer nivel de atención pediátrica en la ciudad de Bogotá

Instituciones participantes:

**Universidad el Bosque, Fundación Hospital Pediátrico la
Misericordia**

Investigadora Principal:

Catalina Walker Alvarez

Asesor Metodológico:

Dr. José Daniel Toledo Arenas

Asesor Temático:

Dr. Jorge Daniel Medina C.

**CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA Y CLINICA DE
NIÑOS Y ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS CON
TRASTORNOS POR SÍNTOMAS SOMÁTICOS**

Catalina Walker Alvarez

Hoja de aprobación

Nota De Responsabilidad Institucional

“La Universidad El Bosque no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.”

Agradecimientos

A mi asesor metodológico el Dr. Daniel Toledo que permitió iniciar este proceso de aprendizaje sobre la importancia de la investigación en salud mental y poder apreciar la construcción de conocimiento con otros ojos.

A los pacientes y sus familias, que con su generosidad y compromiso son fuente invaluable de conocimiento en esta área. Una vez más, les agradezco sinceramente por su participación y contribución a este estudio.

A mi familia, quienes han sido mi mayor fuente de inspiración y motivación, les agradezco por su constante aliento y por creer en mí incluso en los momentos más difíciles. Su amor incondicional y su apoyo inquebrantable han sido fundamentales para mi éxito académico.

Tabla de contenido

Lista de graficas	7
Lista de tablas	8
Lista de anexos	9
Lista de siglas	10
Resumen.....	11
Introducción	12
Marco teórico	13
Planteamiento del problema	31
Pregunta de investigación.....	32
Justificación	32
Objetivos	34
Propósito	34
Instrumentos	38
Materiales y métodos.....	41
Aspectos éticos.....	43
Cronograma	44
Presupuesto.....	45
Resultados.....	46
Discusión	53
Conclusiones	55
Bibliografía	56
Anexos.....	60

Lista de gráficas

Grafica 1. Distribución por género.....	48
Grafica 2. Distribución por orientación religiosa.....	49
Gráfica 3. Intensidad de los síntomas somáticos, según PHQ-15.....	49
Gráfica 4. Distribución de los síntomas ansiosos, según SCARED	50
Gráfica 5. Diagnósticos más frecuentes encontrados	50

Lista de tablas

Tabla 1.	Matriz de variables	37
Tabla 2.	Características sociodemográficas.....	47
Tabla 3.	Características clínicas	48
Tabla 4.	Asociación entre variables.....	51
Tabla 5.	Estimación del riesgo.....	52

Lista de anexos

- Anexo 1. Consentimiento informado.
- Anexo 2. Asentimiento informado.
- Anexo 3. Encuesta sociodemográfica.
- Anexo 4. Cuestionario PHQ-15.
- Anexo 5. Cuestionario SCARED.
- Anexo 6. Cuestionario CDI.
- Anexo 7. Carta de aprobación comité Ética del HOMI.

Lista de siglas

TSS	Trastornos por síntomas somáticos
TSSTR	Trastornos por síntomas somáticos y trastornos relacionados.
HOMI	Fundación Hospital Pediátrico la Misericordia
SCARED	The Screen for Childhood Anxiety-Related Emotional Disorders
CDI	Children's Depression Inventory
PHQ-15	Patient Health Questionnaire Physical Symptoms

Se caracterizó sociodemográfica y psiquiátricamente a un grupo de pacientes hospitalizados con criterios para trastorno por síntomas somáticos (F45.1), en un periodo de tiempo determinado, en el principal hospital infantil de Bogotá. Población: niños y adolescentes entre 11 y 17 años, hospitalizados e interconsultados a psiquiatría infantil por sospecha de trastorno por síntomas somáticos. Métodos: Con un método Observacional, descriptivo y un diseño de corte (transversal) se aplicó en un período de cinco meses pruebas estandarizadas para evaluar síntomas de depresión infantil, ansiedad y síntomas físicos y un cuestionario para reunir los datos demográficos. CDI (Children's Depression Inventory), SCARED (The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders) y PHQ-15 (adaptado del *Patient Health Questionnaire Physical Symptoms*). Resultados: Se entrevistaron 35 pacientes, de los cuales la mayoría fueron mujeres (83%), con una mediana de edad de 14 años, se evaluó la presencia de síntomas depresivos y ansiosos, siendo estos últimos los más frecuentes (77%); lo que pudo dar una comprensión más profunda de este trastorno y su asociación con otras características psicológicas, que puede ayudar a mejorar la evaluación y el tratamiento de niños y adolescentes que experimentan estas dificultades en un ambiente hospitalario, teniendo en cuenta un modelo interdisciplinario.

Palabras claves: Trastornos por síntomas somáticos, adolescentes, depresión, ansiedad, psiquiatría infantil.

Sociodemographic and psychiatric characterization was conducted on a group of hospitalized patients who met the criteria for somatoform disorders (F45.1) within a specific period of time at the main pediatric hospital in Bogotá. The population consisted of children and adolescents aged between 11 and 17 years who were hospitalized and referred to a child psychiatry clinic due to suspicion of somatoform disorders. The study utilized an observational descriptive method with a cross-sectional design over a period of five months. Standardized tests, including CDI (Childhood Depression Inventory), SCARED (The Screen for Childhood Anxiety-Related Emotional Disorders), and PHQ-15 (adapted from the Patient Health Questionnaire Physical Symptoms), were administered to assess symptoms of childhood depression, anxiety, and physical symptoms. Additionally, a questionnaire was used to collect demographic data. The results showed that a total of 35 patients were interviewed, the majority of whom were women (83%), with a median age of 14 years. The presence of depressive and anxious symptoms was evaluated, with anxiety symptoms being the most prevalent (77%). These findings contribute to a deeper understanding of somatoform disorders and their association with other psychological factors, thereby aiding in the improvement of assessment and treatment approaches for children and adolescents experiencing these difficulties in a hospital setting. An interdisciplinary approach is recommended.

Keywords: Somatoform disorder, Adolescent, Depression, Anxiety, Child psychiatry.

Introducción

Este trabajo de investigación comienza con la necesidad de observación de un fenómeno, en este caso, teniendo en cuenta mi práctica clínica actual; la enfermedad en los niños y adolescentes y en lo que respecta a la salud mental de estos, circunstancias especialmente llamativas en la hospitalización pediátrica actual. En primer lugar, el alto porcentaje de quejas somáticas, incluyendo dolores recurrentes, sin correlación física que lleva a consultar a la población pediátrica, a los servicios de urgencias con su posterior hospitalización. La falta de registros en las historias clínicas por parte de los profesionales de la salud, en torno a la somatización infantil; lo que hace que esta entidad, se sospeche que está infradiagnosticada; además teniendo en cuenta la literatura al respecto de los últimos años y la observación de como cada vez, este es un motivo de consulta e indicación de hospitalización, teniendo en cuenta además las consecuencias de la pandemia y la incertidumbre global que no fue ajena a los niños y adolescentes.

Describir la somatización infantil en la población pediátrica resulta especialmente complejo; ya que a diferencia de los adultos la correcta interpretación clínica de signos y síntomas en niños supone una dificultad añadida por su edad, la influencia del entorno familiar y los factores psicosociales asociados. Al revisar la bibliografía existente, se nota la escasez de estudios sobre la somatización infantil en un entorno hospitalario. Esto refuerza la necesidad de contar con modelos propios de detección precoz y cuestionarios que nos permitan diagnosticar esta condición, que a menudo se realiza por exclusión.

Marco Teórico

Este trabajo en su base trata sobre medicina psicosomática y específicamente en el contexto del niño, por lo que empiezan a aparecer dificultades importantes. Inicialmente es entonces importante, delimitar que se debe entender por psicosomático (1) :

1. Las reacciones psicológicas secundarias a enfermedades somáticas; por ejemplo, los efectos de la hemofilia, de una cardiopatía o de una malformación congénita.
2. Las agravaciones de enfermedades somáticas a causa de dificultades psicológicas; por ejemplo, los comas diabéticos en una adolescente que se rehúsa a usar insulina.
3. Las manifestaciones somáticas asociadas a un mecanismo mental de conversión, aceptando la dificultad de diferenciar una cefalea por conversión histérica de una cefalea como síntoma psicosomático.
4. Las múltiples alegaciones somáticas de los niños que se expresan mediante una queja somática con tanta mayor facilidad cuanto más predispuesto a escucharles este el entorno.

Desde 1980 la Asociación Americana de Psiquiatría se refería a los trastornos por síntomas somáticos como “los trastornos mentales que tienen como característica común los síntomas físicos que sugieren una alteración somática para la que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y en los que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos” (2). El termino somatización ha ganado vigencia

para describir una constelación de características clínicas y conductuales que involucran: primero, una tendencia a experimentar y comunicar angustia a través de síntomas somáticos no explicados por hallazgos patológicos; en segundo lugar, estos síntomas se atribuyen a una enfermedad física y, en tercer lugar, conducen a buscar ayuda médica (3).

Vemos en la práctica clínica actual como hasta el momento y desde hace varios años, vienen apareciendo varios términos que hacen referencia a los síntomas somáticos, en gran parte de la literatura, se expone lo que se conoce como síntomas somáticos funcionales; estos son los que no pueden explicarse por un proceso de enfermedad identificable, incluso después de que se haya realizado una evaluación médica exhaustiva y como explicare más adelante; reflejan, en cambio, alteraciones de la regulación neurofisiológica o trastornos de diversa índole, hasta alteraciones de los procesos motores o sensoriales. o capacidades (p. ej., parálisis, pérdida de la visión o eventos convulsivos), o perder la sensación de salud y bienestar (p. ej., agotamiento, malestar general o fatiga). Muchos artículos y estudios clínicos utilizan el término funcional para distinguir tales trastornos o síntomas de aquellos que son causados por un proceso de enfermedad objetivamente identificable. Por lo tanto, el término síntomas somáticos funcionales es paralelo, a cómo se usa funcional en contextos médicos: “solo una perturbación en el funcionamiento corporal”, sin más implicación con respecto a la causalidad (4). El diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos se introdujo con la publicación del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, quinta edición (DSM-5) en 2013. Además, el DSM-5 eliminó los diagnósticos de trastorno de somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado, hipocondriasis y trastorno por dolor; la mayoría de los pacientes que anteriormente recibieron estos diagnósticos ahora son diagnosticados en el DSM-5 con trastorno de síntomas somáticos (5)

Epidemiología de los síntomas somáticos en niños y adolescentes

Los síntomas somáticos son bastante frecuentes en la infancia, tomados como complejos sintomáticos y al revisar la literatura, definitivamente se sospecha que están infradiagnosticados; no solo por las dificultades en la exploración, evaluación y obtención de información, mucho más compleja en niños que en adultos, sino también por factores como las distintas etapas en el ciclo vital, el patrón familiar, escolar y factores psicosociales y culturales asociados. En nuestro medio, no contamos con herramientas para hacer una clasificación inicial, diagnóstica de síntomas somáticos específicos en la población de niños y adolescentes, pues los manuales de clasificación de enfermedades mentales, como el DSM-5 enumeran los mismos criterios para adultos y niños; además teniendo en cuenta este sistema de clasificación, la prevalencia del trastorno de síntomas somáticos no está clara porque se introdujo como diagnóstico en el DSM-5, que se publicó en 2013. El trastorno de síntomas somáticos se derivó en parte de los trastornos somatomorfos (diagnósticos como trastorno de somatización e hipocondriasis), que se eliminaron del DSM-5. La mayoría de los pacientes que anteriormente recibieron los diagnósticos somatomorfos ahora son diagnosticados en el DSM-5 con trastorno de síntomas somáticos. Por lo tanto, las estimaciones sobre la prevalencia del trastorno de síntomas somáticos provienen de la literatura sobre trastornos somatomorfos. Además, estas estimaciones se basan en estudios de "somatización", que es una construcción amplia que se ha utilizado para describir a pacientes con síntomas, sin explicación médica que causan angustia y deterioro, pero que no es un diagnóstico formal en el DSM-5 (6).

Otra barrera en el campo epidemiológico de estos trastornos es la definición de caso, sobre todo en niños más pequeños ya que, aunque se ha demostrado la agrupación de diferentes tipos de síntomas somáticos en niños de preescolar y primeros años de la etapa escolar, la inmadurez del desarrollo impide su manifestación sindrómica completa; además la determinación del caso en los estudios también plantea

problemas metodológicos, ya que se requiere de un examen físico, para establecer la falta de un diagnóstico médico explicativo y de vínculos con factores estresantes, pues muchas investigaciones, han utilizado cuestionarios de síntomas somáticos autoinformados por los menores o informados por los padres. Por lo tanto, las estimaciones de prevalencia varían considerablemente debido a las diferentes definiciones de casos, instrumentos de evaluación y poblaciones de estudio (3).

Sin embargo es claro que muchos estudios, sugieren que el trastorno de síntomas somáticos es común y ocurre con mayor frecuencia en pacientes de atención primaria(7). La prevalencia del trastorno de síntomas somáticos se puede aproximar de la siguiente manera: (8), población general del 4 al 6% y pacientes de atención primaria del 17 %.

La evidencia sugiere que el inicio de los síntomas prodrómicos a menudo comienza en la niñez (9) y que los síntomas que cumplen los criterios para el trastorno de síntomas somáticos están frecuentemente presentes durante la adolescencia. De acuerdo con esto, un estudio comunitario de adolescentes encontró que los síntomas somáticos generadores de desadaptación, combinados con preocupaciones psicológicas, estaban presentes en el 5 % (10).

Otros estudios inclusive hablan de prevalencias de síntomas de somatización en población pediátrica más alta, consideran, además, que como pueden ser recurrentes, se encuentran en el 10-30% de niños y adolescentes. El dolor abdominal recurrente representa un 5% de las consultas pediátricas y las cefaleas afectan de un 20 a un 55% de los niños; mientras que, en adolescentes, algunos estudios refieren la

presencia en un 10% de cefaleas, dolor torácico, náuseas y fatiga, en otros, un 25% de adolescentes presentan dolores crónicos o recurrentes (11).

En general, los síntomas somáticos se notifican con mayor frecuencia en el género femenino y en adolescentes en comparación con los niños, y el número de síntomas reportados aumenta con la edad. Se debaten las tasas de síntomas somáticos informados por grupo étnico y nivel socioeconómico; algunos estudios informan tasas más altas, para los menores que viven en área urbana, mientras que otros informan tasas más altas en grupos de minorías étnicas y que habitan áreas rurales (12).

Somatización infantil vs somatización en adultos

El factor evolución nos conduce a una característica propia de los síntomas somáticos infantiles, su estrecha relación con los estadios madurativos por los que atraviesa el niño. Muchas manifestaciones psicósomáticas tienden a surgir en edades específicas y muestran hasta qué punto los trastornos deben relacionarse estrechamente con la maduración del funcionamiento de los distintos órganos y con las características del desarrollo psicológico, diferente a lo que podría ocurrir en la población de adultos (1). Teniendo en cuenta esto, es importante en la evaluación del niño con síntomas somáticos, su estado en el ciclo vital, un historial médico general, con una revisión más completa que los adultos, de todos los sistemas (no solo el síntoma de presentación), realizar un historial psiquiátrico inclusive de los padres, realizar un examen físico y un examen del estado mental, revisando datos de laboratorio y comunicación con otros médicos, la mayoría pediatras que han tratado al menor (13). En los niños entonces, el TSS nos debe llevar a obtener información sobre los síntomas del paciente, la familia y potencialmente otras fuentes (p. ej., maestros de escuela). Involucrar tanto al paciente como a los padres/cuidadores durante la evaluación y el manejo es clave, porque la interpretación de los padres y la respuesta a los síntomas

somáticos pueden influir en el nivel de angustia emocional del niño; el alcance de la evaluación, las pruebas y las intervenciones médicas; y el tiempo fuera de la escuela y que le dedique al juego (14). Los adolescentes, diferente a los adultos y los niños más pequeños, son muy sensibles a sus imágenes cambiantes y a sus cuerpos en crecimiento, y tienen un alto riesgo de desarrollar trastornos somatomorfos (15).

Síntomas somáticos comunes en los niños

Las presentaciones típicas en niños incluyen el dolor como síntoma cardinal, más comúnmente, episodios de dolor abdominal intenso, cefalea en su orden u otros dolores que ocurren al menos una vez al mes y, a menudo, semanalmente o diariamente, también es común en esta población la queja de fatiga y agotamiento, grave e incapacitante que dura al menos 3 meses y, a menudo, más de 6 meses y pérdida de la capacidad para realizar los movimientos corporales habituales, pérdida de las percepciones sensoriales y/o inclusive pseudoconvulsiones (3).

Los niños pequeños en edad preescolar no expresan fácilmente los componentes clave de los trastornos somatomorfos, ya que no tienen la experiencia y el conocimiento necesarios para articular las creencias sobre la enfermedad, y la búsqueda de ayuda médica es una actividad de los padres hasta bien entrada la adolescencia. Sin embargo, los síntomas informados por los padres que sugieren somatización se han informado en niños de 5 a 7 años. Los trastornos relacionados con la somatización en niños pequeños, aunque se basan en quejas de los propios niños, se manifiestan principalmente a través de preocupaciones, creencias y comportamientos de los padres. Los jóvenes con el trastorno tienen más

probabilidades que los adultos de tener un solo síntoma somático prominente. La respuesta de los padres al síntoma a menudo puede influir en el nivel de angustia del joven y determinar la cantidad de tiempo fuera de la escuela para atención médica (3) (16).

Consecuencias de estos síntomas, en esta población

Las secuelas de la incertidumbre diagnóstica son de las complicaciones por así decirlo más comunes, encontradas no solo en el menor con síntomas somáticos, sino también en la familia, pues es común encontrar una preocupación persistente de que se haya pasado por alto algún proceso orgánico de la enfermedad del niño o adolescente, esto lleva también a que se presenten dificultades para aceptar una remisión a psiquiatría y/o psicología y más adelante también será difícil aceptar una formulación y un plan de tratamiento relacionados con una enfermedad funcional en lugar de orgánica. También es común encontrar esta preocupación en el personal de salud tratante, la idea de que el niño no haya sido evaluado médicamente de manera adecuada, y que se haya pasado por alto una afección orgánica, puede llevar al equipo de salud, a alentar a la familia a obtener una nueva evaluación integral, junto con las pruebas e investigaciones necesarias y se comienza a afectar el funcionamiento del niño, en la mayoría de los casos, con estilo de vida progresivamente sedentario que conduce al desacondicionamiento y sufrimiento psicológico (4).

A veces el síntoma de somatización es la punta del iceberg que avisa de la presencia de un trastorno psiquiátrico que precisará tratamiento en salud mental, por lo que la psicopatología comórbida, también es otra de las consecuencias de estos síntomas somáticos, un ejemplo de esto es que en los estudios con

adolescentes con alta somatización se ha visto un aumento de depresión mayor y ataques de pánico en seguimientos hasta 4 años y estudios de cohortes prospectivos, en Estados Unidos se encontró que las quejas somáticas frecuentes y recurrentes referidas entre los 9 y 16 años eran predictores de depresión y trastorno de ansiedad generalizada en la edad adulta (11). Estos trastornos del estado de ánimo, que muestran una alta comorbilidad mutua, también muestran asociación con elevado riesgo de tendencias suicidas (17).

El deterioro relacionado con los síntomas es una característica clave de los trastornos somatomorfos y las quejas multisintomáticas y se observa en muestras comunitarias de niños de 5 a 7 años, así como en adolescentes. El deterioro puede implicar periodos prolongados de aislamiento de las relaciones sociales y ausencia escolar, esta última frecuentemente en nuestro medio que restringe también, las oportunidades para el desarrollo de habilidades sociales y el avance académico (3).

A pesar de todo lo anterior, muchos trabajos, notifican una mejoría clínica para los trastornos por síntomas somáticos a los 12 meses de tratamiento en esta población pediátrica, la cronificación tendría relación, con parámetros como sexo femenino, depresión concomitante, trastornos mentales parentales y eventos vitales negativos (18).

No se excluye un problema físico

Hay que tener en cuenta que la somatización puede coexistir con otra enfermedad de tipo somático y, en estos casos lo que encontraremos es que las quejas somáticas resultan en una disfuncionalidad excesiva para lo que sería esperable por los hallazgos de dicha enfermedad somática. Por eso, la característica principal de los TSS, es la presentación sintomática sugerente de una enfermedad médica,

sin constatar esta, o sin que dicha enfermedad explique completamente el nivel de disfuncionalidad alcanzado en el paciente (11).

Es posible que las quejas psiquiátricas y otros problemas físicos no se diferencien fácilmente. Debido a la naturaleza humana, las enfermedades orgánicas pueden provocar síntomas psiquiátricos y viceversa. Algunas enfermedades neurológicas (epilepsia, patologías del SNC, enfermedad neuromuscular congénita, etc.), cambios endocrinos y metabólicos (hipotiroidismo e hipertiroidismo, enfermedad de Cushing, hipoparatiroidismo e hiperparatiroidismo, desequilibrios de glucosa y electrolitos, etc.) y otras enfermedades (lupus eritematoso sistémico, deficiencias vitamínicas, infecciones sistémicas, tumores malignos, etc.) pueden aumentar los problemas psiquiátricos o pueden ser la razón de ellos. Se observan cefaleas prolongadas, dolor torácico y dolor abdominal de origen desconocido sobre todo en adolescentes. Un buen historial médico y un examen físico completo darían una conclusión obvia para hacer el diagnóstico diferencial basado en los síntomas y signos (15).

El papel del Pediatra

Como este será el especialista que está en la puerta de entrada de los niños y adolescentes que consultan con síntomas somáticos, su papel es fundamental, no solo por determinar, en la mayoría de los casos, que los síntomas del niño no son causados por un proceso de enfermedad, sino también porque será el encargado de derivar el paciente al equipo de salud mental y será entonces el que sentará las bases para que el niño y la familia, se sientan seguros con la explicación adecuada del origen somatomorfo de estos síntomas y se empiecen a explorar los diversos factores que contribuyeron a la presentación estos (4).

En comparación con el tratamiento pediátrico y psiquiátrico único, un enfoque de tratamiento multidisciplinario facilita un tratamiento altamente especializado y asegura una estrecha colaboración

entre pediatras y psiquiatras. Muchos estudios, se han centrado sobre el dolor somático crónico, mientras que los estudios que investigan todo los síntomas somáticos, incluidos los trastornos disociativos (o de conversión) y los trastornos somáticos con factores psicológicos, son escasos (19).

Los TSS, representan entonces un desafío diagnóstico y terapéutico para la pediatría, por su dificultad clínica y general desconocimiento; así, por citar uno de muchos estudios; sólo el 3% de los pediatras conocía adecuadamente los trastornos por síntomas somáticos y muchos reportaron sentirse molestos o manipulados por este tipo de pacientes (18). También es importante considerar en este punto, que en muchos casos puede, ser necesaria la hospitalización, cuando estos síntomas somáticos son graves. Los estudios de pacientes hospitalizados se han centrado en niños y adolescentes manejados por departamentos individuales (por ejemplo, neurología) o tipos particulares de diagnósticos (por ejemplo, trastorno de síntomas neurológicos funcionales). Menos de un puñado de estudios, todos de los EE. UU., han descrito la carga de los trastornos por síntomas somáticos, dentro de los servicios pediátricos terciarios en su conjunto, principalmente después de la derivación a los servicios de psiquiatría de enlace, que representarán una subestimación de la carga general. Así mismo las bajas tasas de estos diagnósticos en las epicrisis de alta hospitalaria son comunes, lo que refleja la falta de confianza del pediatra, para hacer el diagnóstico, así como la incertidumbre al comunicar sobre la posibilidad de una causa psiquiátrica como el origen de los síntomas a los pacientes y sus familias (20).

Una de las razones de la desestimación de estos diagnósticos por parte de los pediatras, ha sido la referencia a que a menudo se sienten poco preparados para atender a estos menores, debido a la capacitación insuficiente en los procesos de diagnóstico y manejo, falta de terminología común para el fenómeno de la enfermedad, ausencia de pautas de tratamiento estándar y la naturaleza lenta de su

atención; existen también situaciones como, un alto nivel de frustración, percepción de un mayor riesgo de lesiones iatrogénicas, hospitalización médica prolongada y errores de diagnóstico (21).

Es por esto es que es fundamental llevar es tipo de estudios en nuestra población, pues se ha demostrado que la consulta temprana de salud mental, reduce la duración de las admisiones de pacientes pediátricos con enfermedades médicas con diagnósticos de salud mental comórbidos, incluidos los pacientes con síntomas somáticos (12).

Etiología de los trastornos por síntomas somáticos y relacionados en niños y adolescentes

Hay varios factores implicados en la somatización infantil y de hecho esta patología es otra más, en la que es importante considerar todo el modelo biopsicosocial. Anteriormente era frecuente encontrar en la literatura como causa única de los trastornos por síntomas somáticos la dificultad que tenían los pacientes para experimentar y comunicar las dificultades (2), en el momento actual la multifactorialidad, nos lleva a siempre buscar una combinación de factores de vulnerabilidad y factores desencadenantes en el niño, la familia y el ambiente: Dentro de las características del niño o adolescente que consulta, hay varios estudios que hablan de una predisposición genética a la somatización que estaría dada, por polimorfismos de la catecolamina-O-metiltransferasa (COMT) con sensibilidad al dolor, una región del gen del transportador de serotonina, asociado a neuroticismo y ansiedad, y en el gen del triptófano hidroxilasa, que se relaciona con la ansiedad somática (11). Hablando también del perfil del niño, los factores psicológicos, encontrados, muestran, un aumento de la atención de esta población, a las sensaciones corporales y posterior rumiación de las mismas, pobres estrategias de afrontamiento adaptativas y mayor respuesta emocional al estrés, bajos cocientes de inteligencia, sobre todo cuando esta última se acompaña

de percepción de altas expectativas por parte de sus padres y experiencia personal de enfermedad en la infancia (11).

De estos factores etiológicos individuales, la biología, aporta, la hipótesis psiconeuroinmunológica, para la somatización, que se viene tratando en varias investigaciones; pues hay marcadores biológicos, medibles, especialmente la tensión arterial y niveles de cortisol como marcadores fisiológicos de respuesta al estrés, con hallazgos inconsistentes. Se ha estudiado la frecuencia respiratoria, cardíaca y variabilidad cardíaca en niños y adolescentes con síntomas somáticos, encontrando que hay un estado de activación fisiológica y dificultad para regular el organismo comparado con los sujetos control. En una revisión sobre mecanismos neurofisiológicos subyacentes en estos trastornos, se encontraron diferencias en la función del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, en el tono vagal simpático, regulación al alza de la función inflamatoria-inmune y mayor reactividad cognitivo-emocional ante estímulos amenazantes (11).

Otro factor, que se cree que juega un papel importante en las características de este niño o adolescente como paciente, en la etiología de las quejas somáticas, es la alexitimia o poca conciencia de las emociones. La alexitimia se ha relacionado tradicionalmente con quejas somáticas en adultos y ahora aparece, en la literatura el concepto de conciencia emocional, que incluye los componentes centrales de la alexitimia mencionados anteriormente, así como atender, identificar y etiquetar correctamente las emociones en los demás, rasgo común de los niños y adolescentes con síntomas somáticos (31).

Es común encontrar en la familia de los niños y adolescentes con síntomas somáticos, un familiar con una enfermedad crónica, que actúa como precursor de somatización (22) (23). los niños que tienen padres que los someten a experiencias de negligencia o indiferencia, ósea pobre interés en el bienestar del niño, pueden estar asociadas con la somatización durante la edad adulta y las visitas frecuentes a las clínicas

ambulatorias de medicina general por síntomas inexplicables (24). Otros indicadores que pueden presentarse como factores de riesgo, para la presentación de síntomas somáticos en los menores, son la somatización en los padres, psicopatología en miembros cercanos de la familia, clima familiar disfuncional, y estilos de apegos inseguros durante la crianza. Se ha estudiado específicamente el perfil de personalidad de las madres, predominando rasgos de hipersensibilidad y ansiedad, entendiéndose esto como un comportamiento aprendido en los niños y adolescentes (11). Un modelo propone que los síntomas somáticos representan un comportamiento de búsqueda de atención en pacientes con apego inseguro (25) y además, la interrupción del apego seguro (es decir, la capacidad de formar una "conexión psicológica duradera entre los seres humanos" desarrollada a través de la interacción temprana con los cuidadores), se ha propuesto tanto como un factor de vulnerabilidad como de mantenimiento de los síntomas somáticos (26).

Los factores ambientales que solo o en conjunto pueden llevar a la aparición de síntomas somáticos en niños y adolescentes, han cobrado especial importancia en los últimos años. Acontecimientos adversos, factores socioeconómicos, o en el ambiente escolar como la historia de bullying, aumentan la frecuencia de estos síntomas en muestras comunitarias y clínicas, sobre todo en adolescentes de sexo femenino. Algunos autores han encontrado que la percepción que el paciente tiene del impacto del acontecimiento adverso se correlaciona con el nivel de disfuncionalidad y uso de recursos médicos. Otros problemas más graves, pero menos frecuentes, como abuso físico o sexual, pueden conducir a quejas somáticas que muchas veces llegan a constituir un trastorno de somatización, aunque existen algunos estudios que difieren y dicen que no se ha encontrado mayor prevalencia de experiencias traumáticas que en la población general (11).

En opinión de Bowlby, el desarrollo de los niños y sus problemas emocionales, conductuales y somáticos están determinados por la calidad de sus vínculos emocionales con las figuras de apego y por los acontecimientos adversos de la vida, como la separación, la pérdida, el trauma y maltrato (4). El abuso sexual infantil y la exposición a violencia física o sexual se asocian constantemente con la somatización en mujeres adultas (27) (28). Como ejemplo, un metaanálisis de 23 estudios (n total > 4600) examinó la asociación entre antecedentes de abuso sexual o violación y un diagnóstico de por vida de síndromes somáticos funcionales (p. ej., dolor pélvico crónico no cíclico, fibromialgia o trastornos gastrointestinales funcionales); cada estudio incluyó pacientes con un síndrome funcional y controles sin el síndrome. El metaanálisis encontró que el abuso sexual o la violación habían ocurrido aproximadamente tres veces más a menudo en pacientes con síndromes somáticos funcionales que en los controles (29). Sin embargo, respecto a estos factores ambientales estresantes, es importante considerar la contraparte y es la idea de que la exposición al estrés extremo no es realmente necesaria, ni siquiera común en los menores de edad, que padecen de estos síntomas. Pues hay varias investigaciones, que muestran que la mayoría de los niños y familias consultantes por síntomas somáticos, tienen historias que están llenas de eventos de la vida relativamente comunes, pero también seguramente adversos para los niños y adolescentes, como una enfermedad física, la muerte de un abuelo, un entrenamiento deportivo especialmente intenso o un conflicto en la familia o en la escuela (incluida la intimidación), que habían ocurrido en una proximidad relativamente cercana entre sí y que parecían haber tenido un efecto acumulativo en el niño a lo largo del tiempo (4).

La importante relación con el trauma

Los componentes del sistema de estrés a nivel cerebral y corporal (los sistemas neurobiológicos que regulan el estado corporal) incluyen el reloj circadiano, el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal, el sistema nervioso autónomo, el sistema inmunológico inflamatorio y los sistemas de estrés cerebral que sustentan la excitación, el dolor y estados emocionales y que están implicados en la importante relación que hay entre el estrés reactivo al trauma y a la presentación de síntomas somáticos. Todos los componentes del sistema de estrés están interconectados y forman parte de un sistema integrado más grande que asegura una regulación energética efectiva, promueve la salud y la supervivencia, y protege al individuo de una amplia gama de amenazas. Cuando el sistema de estrés, o uno o más componentes del sistema, se activa demasiado o demasiado poco, durante un largo tiempo o de manera aberrante, o cuando no logra volver a la función de referencia, pueden surgir síntomas somáticos funcionales. (4)

Investigaciones recientes han presentado una imagen más complicada de cómo surgen los síntomas somáticos funcionales. Como se pensó originalmente, existe una asociación entre los síntomas somáticos y el maltrato temprano en la vida o la exposición a un trauma grave. Los niños que han sufrido abusos sexuales tienen una mayor prevalencia de síntomas o síndromes somáticos a lo largo de su vida. Asimismo, las personas traumatizadas por la guerra tienen tasas más altas de síntomas somáticos funcionales. Por ejemplo, los sobrevivientes del Holocausto de la Segunda Guerra Mundial, que sufrieron una combinación de estrés intenso, privación física grave y pérdida de seres queridos cuando eran niños o adultos jóvenes, tuvieron una mayor prevalencia de síntomas gastrointestinales funcionales, fibromialgia, enfermedades crónicas/complejas, dolor y otros síntomas somáticos inespecíficos (mareos, agotamiento y debilidad), a menudo comórbidos con depresión y trastorno de estrés postraumático.

Curiosamente, los síntomas ortostáticos, incluidos los mareos, fueron algunos de los síntomas somáticos funcionales más comunes que experimentaron los soldados de la Guerra Civil Estadounidense (1861–1864) (4).

Desde una perspectiva traumático-ambiental, el trastorno por estrés postraumático y los TSS y sus relacionados, serían formas específicas de procesos disociativos que cabrían en la categoría de “trastornos disociativos relacionados con el trauma”, un complejo patológico ambientalmente inducido. Con esto, el trauma psíquico ambiental se ha considerado un factor etiológico importante frente a traumas asociados con el abuso sexual. Así por ejemplo, se triplicó el reporte de fenómenos conversivos en niños tras el estallido de bombas en Boston durante 2014 (18).

Dentro de los factores traumáticos, que generan estrés y posibilidad de desarrollo de síntomas somáticos, en la población pediátrica, se encontraron uno o más de los siguientes eventos estresantes en el último año, anterior al inicio de los síntomas: separación de los padres, muerte de un pariente o amigo, intimidación en la escuela, hospitalización del niño, hospitalización de los hermanos y/o padres, examen reprobado, cambio de escuela, maltrato físico y ruptura en la relación de amistad con un amigo (30).

Trastornos depresivos y ansiosos

Los trastornos de ansiedad y/o los trastornos depresivos son probablemente comunes en el TSS en niños y adolescentes, y los estudios sugieren que puede haber un componente genético involucrado en la coexistencia de ansiedad y depresión con síntomas somáticos (31). Algunos expertos aseguran que tanto la ansiedad como la depresión serían factores de riesgo para el desarrollo de síntomas somáticos, más que sus efectos, pues el impacto de los síntomas psicósomáticos sobre la parte emocional sería débil (27).

En el sentido opuesto, una investigación en niños pakistaníes, reveló que la somatización predijo mayores grados de ansiedad y depresión (30). Otros estudios han demostrado una asociación longitudinal entre la somatización y las dificultades emocionales posteriores. Por ejemplo, los niños con dolor abdominal recurrente a la edad de 6 años tenían tasas más altas de trastornos de ansiedad a la edad de 7 años (27).

En otra exploración, los niños con dolor funcional exhibieron mayor sensibilidad ante la ansiedad y la catastrofización, variables que se relacionaron significativamente con la somatización, comportándose como potenciales blancos terapéuticos. En ellos, predominaría una estructura ansiosa por sobre las características externalizantes, al encontrarse mayor ansiedad de separación, fobia social y ausentismo escolar (18). Lo anterior se consideró importante para explorar en nuestro estudio la presencia de síntomas depresivos y ansiosos, acompañando los TSS de estos menores, pues sabíamos que las quejas somáticas son los síntomas clínicos más comunes de la depresión y está ampliamente estudiado que la población adulta que ha sufrido traumas en la infancia (maltrato emocional, negligencia), se ve un mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos en grupos de pacientes con síntomas somáticos. No solo son más frecuentes los síntomas somáticos en los adolescentes deprimidos, sino que el número de síntomas somáticos se correlacionaba con la gravedad y duración de la depresión, así como con la presencia de ideación y/o planes suicidas (11). Clínicamente también, la asociación entre la ansiedad en los niños y las dolencias somáticas, especialmente los dolores de cabeza y de estómago, está bien documentada. En particular, la literatura ha notado durante décadas la relación entre las quejas somáticas y el rechazo escolar, cuando hay un factor estresor importante en el ambiente escolar, un síndrome de ansiedad, que en nuestro medio reconocemos cada vez más, como *Buyling* o *matoneo* escolar.

Solo un número reducido de estudios han investigado específicamente la relación entre la ansiedad y las quejas físicas, y la mayoría de estos se realizaron en poblaciones clínicas muy específicas (32).

Un factor muy importante y que resaltó la importancia de realizar este estudio, es que las diferencias en los estilos culturales de expresar la angustia, influenciadas por las creencias y prácticas culturales, las vías de atención y las diferencias en los sistemas de atención médica a niños y adolescentes; pueden explicar las diferencias en la somatización en diferentes sociedades. En nuestro medio es difícil saber cuál sería, el comportamiento de estos síntomas afectivos y somáticos, y si hay relación con la cultura, pues son pocos los estudios previos; Además, también se debe tener en cuenta que el estigma asociado con los problemas emocionales y el tratamiento psiquiátrico en comparación con la expresión de problemas físicos, así como la consideración de la depresión y la ansiedad como “debilidad moral”, también pueden aumentar la tendencia hacia la somatización en los países de ingresos bajos y medianos como este (27).

En nuestro país, un estudio transversal descriptivo de las variables demográficas, clínicas y el uso de recursos institucionales en estos menores con síntomas somáticos, publicado el año anterior, pero realizado a partir de la revisión de historias clínicas de pacientes menores de 18 años, también hospitalizados con diagnósticos de TSSTR evaluados por psiquiatría o psiquiatría pediátrica entre los años 2018 y 2021, reflejo la importancia de la expresión de síntomas comórbidos ansiosos en esta población (87,13%), así como de sintomatología depresiva (75,90%) (33).

Planteamiento del problema

La práctica clínica diaria del personal de salud que atiende población de niños y adolescentes con TSS ha llevado a la necesidad de plantearse e intentar buscar soluciones a problemas psicosociales derivados de esta patología, como el fracaso escolar en estos menores, los síntomas psicoemocionales asociados, la posibilidad de que estos se cronifiquen y el complejo papel del equipo de salud respecto a las intervenciones adecuadas que se deben hacer, más aún en un ambiente hospitalario iniciando desde la identificación de este trastorno. Por lo que es crucial, antes de producir protocolos de manejo que se adapten al adecuado tratamiento de este complejo trastorno, caracterizar y encontrar en nuestros niños y adolescentes, un perfil de riesgo propio de nuestra población para el TSS; y conocer si la gravedad de los síntomas depresivos y ansiosos comórbidos en esta población también se correlacionan positivamente con la frecuencia de quejas somáticas y cronicidad de estos trastornos emocionales, como lo muestra la literatura mundial debe ser la prioridad.

La hipótesis central de Winnicott era que la enfermedad en el trastorno psicossomático no es el estado clínico expresado en términos de síntomas somáticos físicos, sino una “defensa organizada”, una escisión en la organización del yo del paciente, que “mantiene separadas la disfunción somática y el conflicto en la psique”(34). Por esto, aunque la mayoría de las unidades hospitalarias pediátricas no tienen un anexo de psiquiatría infantil, se debe tener en cuenta el conocimiento que se tiene desde la psicopatología de niños y adolescentes, en la comprensión de los TSS en un ambiente hospitalario y la importancia de trabajar clínicamente en equipo.

En comparación con el tratamiento pediátrico y psiquiátrico único, un enfoque de tratamiento multidisciplinario facilita un tratamiento altamente especializado y asegura una estrecha colaboración entre pediatras y psiquiatras. Muchos estudios, se han centrado sobre el dolor somático crónico, mientras que los estudios que investigan todo los síntomas somáticos, incluidos los trastornos disociativos (o de conversión) y los trastornos somáticos con factores psicológicos, son escasos (19) y más aún en nuestro medio y en el tiempo real de hospitalización del menor como se hizo en este estudio.

¿Cuáles son las características demográficas y clínicas de menores de 11 a 17 con síntomas somáticos hospitalizados en el HOMI, en un periodo de tiempo de cinco meses?

Justificación

Es conveniente para el momento actual de salud mental que vivimos y el aumento de la psicopatología infantil y del adolescente, circunstancias especialmente llamativas en la hospitalización pediátrica del momento en donde viene en aumento el TSS, entre muchas causas por el fenómeno de la pandemia y postpandemia y la incertidumbre global, más llamativa en los niños y adolescentes. El alto porcentaje de quejas somáticas, incluyendo dolores recurrentes, sin correlación física que lleva a consultar día a día a la población pediátrica y sus familias, a los servicios de urgencias con su posterior hospitalización y la falta de registros en las historias clínicas por parte de los profesionales de la salud del TSS, hace que esta entidad, se sospeche, esté infradiagnosticada, además describir la somatización infantil en la población

pediátrica resulta especialmente complejo; ya que a diferencia de los adultos la correcta interpretación clínica de signos y síntomas en niños supone una dificultad añadida por su edad, la influencia del entorno familiar y los factores psicosociales asociados, por lo que el resultado final del proyecto pudiese servir de guía inicial necesaria para continuar estudiando este trastorno en nuestra población pediátrica y reafirmar la necesidad, de tener modelos propios, de detección precoz y cuestionarios, que permitan diagnosticar esta entidad que con frecuencia se hace por exclusión; pues un panorama ideal, sería que pacientes identificados con estas dificultades, se les pudiera ofrecer intervenciones psicosociales y de salud mental apropiadas para limitar la carga adicional, la angustia y los impedimentos para ellos y sus familias. Sin embargo, dado que los estudios de intervención en este grupo de enfermedades se han realizado en países desarrollados, se requieren ensayos de tratamiento en nuestro país; y esta caracterización, puede ser una invitación para futuras investigaciones en esta población, dando la importancia a la determinación de los TSS en niños hospitalizados e intentando dar herramientas útiles que ayuden en la detección de este diagnóstico, evitando pruebas diagnósticas adicionales innecesarias, reduciendo gastos de hospitalizaciones prolongadas y consultas con múltiples especialistas y reduciendo el fenómeno de rehospitalizaciones, que a largo plazo puede generar aún más disfunción psicosocial en estos pacientes y sus familias.

Objetivos

Objetivo General

Caracterizar sociodemográfica y psiquiátricamente un grupo de pacientes, identificados en el ambiente hospitalario con síntomas medicamente inexplicados o trastornos por síntomas somáticos en un periodo de tiempo de tres meses.

Objetivos Específicos

1. Aplicar además el uso de instrumentos iniciales de cribaje para detectar a los menores con síntomas somáticos y escalas para síntomas depresivos y ansiosos.
2. Analizar los resultados de las escalas aplicadas y los determinantes sociodemográficos de estos niños y adolescentes con trastornos por síntomas somáticos.

Propósito

Describir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes hospitalizados entre los 11 y 17 años en los que se sospecha un TSS, para así subsanar el vacío que hasta el momento existe en cuanto al conocimiento de las particularidades de este grupo poblacional. Los resultados obtenidos permitirían proponer cambios en el modelo de atención que hasta el momento se les ofrece a estos

pacientes, lográndose así, incluir en la atención clínica a los menores como también a todo el núcleo familiar.

Metodología

Tipo de estudio

Observacional, descriptivo y con un diseño de corte (transversal), de tipo prospectivo.

Descripción de la población

La muestra correspondió a niños hospitalizados que se interconsultaron con psiquiatría infantil por sospecha de síntomas somáticos, con edades comprendidas entre los 11 y 17 años. Se incluyeron en este estudio, aquellos que cumplieron con estos criterios de inclusión y se excluyeron del estudio, niños menores de 11 o mayores de 17 años, con déficits neurológicos y/o cognitivos establecidos, con incapacidad para la comprensión de los cuestionarios, aquellos a los que se les descartó previo a la entrevista el TSS, los que rechazaron participar en el estudio, o sus acudientes no dieron el consentimiento, con historia de abuso conocido de drogas o alcohol y aquellos que presentaron alteraciones psiquiátricas agudas indicadas por ideas de suicidio activas o síntomas psicóticos.

Técnica de recolección de la información

Los niños y adolescentes hospitalizados y en seguimiento por pediatría y/o otras subespecialidades con quejas somáticas que no podían explicarse completamente por una condición orgánica y que se

interconsultaron con psiquiatría infantil, se les explicó el estudio y se llenaron en conjunto el consentimiento informado con los menores y el consentimiento informado, con los padres. Posteriormente se entregó a los menores, los dos cuestionarios de autoinforme (CDI y SCARED), explicando su estructura y se llenó un cuestionario de datos sociodemográficos y el cuestionario PHQ-15. El tiempo estimado en el que se obtuvo la información por cada paciente fue de una hora y los resultados quedaron bajo el cuidado de la autora.

Tabla 1. Matriz de variables

Variable	Definición de la Variable	Medición	Objetivo
Edad	Número de años cumplidos	Razón (Cuantitativa)	General y Específico N°2
Sexo	Asignado al nacer	Cualitativa, Nominal, Politómica, Pol itómica	General y Específico N°2
Natural	Lugar de nacimiento urbano o rural	Cualitativa, Nominal, dicotómica	General y Específico N°2
Residencia	Ciudad donde vive	Cualitativa, Nominal, politómica	General y Específico N°2
Religión	Practica algún conjunto de creencias religiosas si o no	Cualitativa, Nominal, dicotómica	General y Específico N°2
Escolaridad	Año de estudios que se encuentra cursando	Cualitativa, Nominal. Ordinal	General y Específico N°2
Número de años escolares perdidos:	Número de años escolares que se hayan tenido que repetir	Cuantitativa, discreta, de razón	General y Específico N°2
Constitución familiar actual	Personas con las que vive	Cualitativa, politómica, nominal	General y Específico N°2
Número de hermanos	Numero de hermanos del paciente	Cuantitativa, Discreta	General y Específico N°2
Escolaridad de los padres	Máximo grado escolar alcanzado por los padres	Cualitativa, Politómica, Ordinal	General y Específico N°2
Diagnóstico asociado según CIE-10:	Trastornos psiquiátricos y no psiquiátricos asociados	Cualitativa, politómica, nominal	General y Específico N°2
Número de días hospitalarios	Número de días que ha permanecido el paciente en el hospital	Cuantitativa, Discreta	General y Específico N°2
Especialidades tratantes	Especialidad (es) que aparece como tratante	Cualitativa, politómica, Nominal	General y Específico N°2
Psicofármacos actuales	Si está o no recibiendo psicofármacos en el momento	Cualitativa, dicotómica, nominal	General y Específico N°2
Puntaje PHQ-15	Puntuación prorrateada del PHQ-15. Niveles de intensidad de los síntomas somáticos	Cualitativa, politómica, ordinal	General y Específico N°1
Puntaje CDI	Puntuación del cuestionario CDI	Cualitativa, politómica, ordinal	General y Específico N°1
Puntaje SCARED	Puntaje del cuestionario SCARED	Cualitativa, politómica, ordinal	General y Específico N°1

Instrumentos

Criterios DSM 5, cuestionario PHQ

El DSM-5 ha recategorizado tanto los TSS, como los trastornos conversivos, en categorías alternativas que dan cuenta de una mayor utilidad para el médico no psiquiatra y que coloca su énfasis en el malestar y la interferencia provocada por el síntoma más que en la falta de una explicación somática. Lo anterior se fundamenta en la multiplicidad de escenarios médicos en los cuales se presentan estos cuadros, los cuales suelen no detectarse en la práctica clínica cotidiana, siendo consecuentemente tratados errónea e insuficientemente (18). En el DSM-5, entonces produjo un cambio, con respecto a la edición anterior, en la conceptualización y categorización de este tipo de trastornos y dio lugar, al actual diagnóstico de “Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados” (TSSTR). El nuevo diagnóstico permite no excluir a pacientes con enfermedad somática diagnosticada y según estudios recientes, parece que estos nuevos criterios se adaptan mejor a la clínica de niños y adolescentes que los antiguos (9). También desaparece la antigua denominación de Trastorno Hipocondriaco, que se presentó ahora dividido en dos nuevas categorías: Trastorno de síntomas somáticos y Trastorno de ansiedad por enfermedad. La diferencia principal entre estas dos nuevas entidades diagnósticas es la presencia de uno o más síntomas somáticos que causan malestar o problemas en la vida diaria, que es criterio “A”, para el diagnóstico del Trastorno de síntomas somáticos, siendo excluyente para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad por enfermedad (9). Se mantiene la inclusión en este apartado del trastorno conversivo, también incluido

entre los Trastornos somatomorfos en la DSM-IV. Otro cambio en el DSM-5 es relativo al Trastorno Dismórfico corporal, previamente incluido en el grupo de Trastornos somatomorfos, actualmente dentro del grupo de Trastorno obsesivo compulsivo y Trastornos relacionados (9), que por lo tanto no incluimos en nuestro estudio. Buscando entonces el instrumento adecuado, el cuestionarios PHQ, ha sido un instrumento que ha surgido, del esfuerzo que aparece por la controversia de herramientas diagnósticas para el TSS en niños y adolescentes y es por tanto de aplicación en población infantojuvenil (18). Por medio de este cuestionario, que fue aplicado por los investigadores, identificamos los síntomas somáticos. Este tiene una estructura de inventario y una escala de 8 ítems, que originalmente fueron tomados de la versión PHQ-9 y esta a su vez se derivó del PHQ-15 y es una medida de ocho elementos que cuantifica la carga del TSS. Los ocho elementos son, problemas estomacales o intestinales; dolor de espalda; dolor en extremidades o articulaciones; dolores de cabeza; dolor de pecho o dificultad para respirar; mareo; cuestiona también, el sentirse cansado o con poca energía; y problemas para dormir. Cada uno de los ocho elementos se califica, siendo, 0 En absoluto; 1 un poco, 2 algo, 3 bastante y 4 mucho. Una puntuación total de 0 a 3 indica una carga nula o mínima, de 4 a 7 una carga baja, de 8 a 11 una carga media, de 12 a 15 una carga alta y una puntuación de 16 a 32 indica una carga muy alta. La fiabilidad y validez de la escala es comparable a la del PHQ-15 y debe ser aplicado por el clínico (35) en nuestro estudio fue realizado por los investigadores en las entrevistas con cada paciente participante del estudio.

CDI (Children Depression Inventory)

Se utilizó como tamizaje para los trastornos depresivos de la población de este estudio. Esta escala, ya ha sido validada en nuestro país y es útil, porque facilita la detección temprana del trastorno depresivo en niños y adolescentes y puede ser utilizado en un entorno clínico, como en este caso. Cuenta con bondades psicométricas suficientes que permiten la obtención de mediciones válidas y con una alta sensibilidad para la detección precisa del trastorno (36,37). Este inventario de depresión infantil de Kovacs (1992), versión adaptada por Del Barrio, Moreno y López (1999) a población española; es el instrumento más utilizado en Iberoamérica por investigadores en el tema de la depresión infantil. El CDI es un autoinforme que consta de veintisiete ítems para medir sintomatología depresiva en niños y adolescentes de 8 a 17 años y está compuesto por cinco subescalas: humor negativo, ineficacia, baja autoestima, retraimiento social y pesimismo, con un formato de respuesta de triple selección (0-1-2) en función del grado de depresión, que indica las tres frases que componen cada uno de los ítems. El punto de corte sugerido por los expertos es de 19 puntos, y fue el utilizado en este estudio, su máxima puntuación es de 54 puntos. Las puntuaciones directas se obtienen sumando las respuestas marcadas por el sujeto, de acuerdo con estas puntuaciones, la ausencia del síntoma (respuesta A) se puntúa 0, la presencia en una forma leve (respuesta B) se puntúa 1 y la presencia en una forma grave (respuesta C) se puntúa 2, por lo que la puntuación total puede oscilar entre 0 y 54 puntos, entonces a partir de 19 puntos, se presenta depresión. La confiabilidad del CDI oscila entre 0.71 y 0.94, lo que nos indica que entre un 71% y un 94% de las puntuaciones son verdaderas (36,37).

SCARED, Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders

La detección de trastornos emocionales relacionados con la ansiedad infantil; es una escala de autoinforme, ampliamente usada en los escenarios clínicos y de investigación disponible en español y validada en Colombia. Consta de 41 ítems y se usa en niños y adolescentes de 9 a 18 años, para tamizaje de somatización, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad de separación y fobia social (2). Este instrumento desarrollado por Birmaher et al., 1997; detecta, trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Se computan seis puntuaciones: una puntuación total y puntuaciones separadas para cada uno de los cinco factores: somático/pánico, ansiedad general, ansiedad por separación, fobia social y fobia escolar. Una puntuación posible es de 0 a 76 en cada una de las seis categorías. El instrumento tarda entre 5 y 10 minutos en completarse. Una puntuación de 25 o más es la puntuación de corte para los trastornos de ansiedad y fue la que utilizamos en el estudio. Tanto para la puntuación de ansiedad total como para cada uno de los cinco factores, el instrumento SCARED ha demostrado una buena consistencia interna, confiabilidad test-retest y validez discriminativa (tanto entre la ansiedad y otros trastornos como entre los trastornos de ansiedad (32)).

Materiales y métodos

La selección de la institución de donde se reclutaron los pacientes se realizó por ser este el centro principal donde consultan los niños y adolescentes con sospecha de trastornos por síntomas somáticos, por ser una institución prestadora de salud que se dedica al diagnóstico y tratamiento de enfermedades de alta complejidad en la población infantil. Teniendo en cuenta que, para el momento del estudio, no se

encontró literatura científica disponible, que reportará el número de pacientes menores de edad hospitalizados con TSS en Colombia, además dada la variabilidad del cuadro, se tomó una muestra por conveniencia, dado por el estudio previo del total de interconsultas a psiquiatría infantil con sospecha de TSS, en meses previos. Se evaluaron de forma transversal las interconsultas diarias solicitadas al servicio de psiquiatría infantil hechas por pediatría y/o otras subespecialidades donde se sospechaban que las quejas somáticas de los menores no podían explicarse completamente por una condición orgánica, quienes tuvieran los criterios de inclusión anteriormente mencionados y se evaluaron en conjunto con el padre y/o acudiente principal del menor, se entregaron los cuestionarios de autoinforme (CDI y SCARED), explicando su estructura y se llenó un cuestionario de datos sociodemográficos con los padres y el cuestionario PHQ-15 con los menores.

Plan de análisis

Se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 26, de la Universidad del Bosque. Para las variables numéricas se aplicó una prueba de normalidad, prueba de Shapiro-Wilk y de acuerdo con la distribución paramétrica se obtuvieron medias y desviaciones estándar y para las no paramétrica, se obtuvo mediana y percentil 25 y 75. Para las variables categóricas se construyeron tablas de frecuencias y se describieron la proporción de frecuencia de depresión, ansiedad y nivel de síntomas somáticos, globalmente y discriminados por edad, sexo, nivel educativo, causa de la interconsulta, constitución familiar actual, números de hermanos, escolaridad de los padres, números de años perdidos, número de días hospitalarios para el momento de la evaluación, especialidades tratantes

y uso de psicofármaco. A las diferencias se les aplicó una prueba de *chi cuadrado*. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos. Para estudiar las posibles asociaciones entre variables, primero se recodificaron creando nuevas variables y luego se hicieron asociaciones, buscando resultados entre los síntomas ansiosos y depresivos y las características epidemiológicas evaluadas.

Aspectos éticos

Según lo dispuesto en la resolución no 008430 de 1993 del ministerio de salud y en la declaración de Helsinki de 2.000, esta fue una investigación de riesgo mínimo. los procedimientos fueron efectuados por personas calificadas y competentes desde el punto de vista clínico. En todo momento, se tomaron las medidas necesarias para respetar la privacidad de los sujetos mediante la codificación de la información al ser sistematizada; los formularios originales están resguardados en condiciones seguras y confidenciales sólo por la investigadora principal. Los datos personales, salvo la información pública, no estará disponible en internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, conforme a la ley del Habeas Data para el tratamiento de datos personales.

El protocolo fue revisado para aprobación por el comité de ética del HOMI, y a los sujetos de investigación seleccionados, junto a sus representantes legales, se les explicó todo lo relacionado con el estudio de investigación, se resolvieron las dudas que surgieron de este proceso y se obtuvo tanto un consentimiento informado por parte del adulto al cuidado del menor y un asentimiento informado por parte del paciente.

Cronograma

Meses	Octubre 2021	Febrero 2022	Marzo 2022	Abril 2022	Mayo 2022	Agosto 2022	Septiembre 2022	Octubre 2022	Noviembre 2022	Diciembre 2022	Enero 2023	Febrero 2023	Marzo 2023	Abril 2023	Mayo 2023	Junio 2023	Julio 2023	Agosto 2023	
Creación de pregunta de investigación																			
Elaboración del protocolo																			
Correcciones y ajustes según revisión de asesores y comité de ética																			
Aprobación de protocolo																			
Recolección de la muestra																			
Análisis de la información																			
Entrega de informe final																			

Presupuesto

La autora corrió con los gastos de la investigación y no se recibió ninguna clase de patrocinio

Nombre del rubro	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Búsqueda de revisión bibliográfica	60 horas (10 horas mes/6 meses)	\$ 20.000	\$1.200.000
Investigador principal			
Realización entrevistas	35 horas (4 horas día/ 35 entrevistas)	\$ 60.000	\$2.400.000
Digitación de datos, análisis, construcción de documento final	100 horas (10 horas semana/10 semanas)	\$35.000	\$ 3.500.000
Revisión de datos	24 horas (2 horas día/ 15 sesiones)	\$ 150.000	\$ 3.600.000
Revisión de área temática.	64 horas (4 horas mes / 16 meses)	\$ 75.000	\$ 4.800.000
Materiales			
Impresiones formato de preguntas	Aprox 35	\$150	\$ 5.250
Equipos			
Computador	1	\$ 0	\$ 0
Subtotal		\$ 340.150	\$ 15.503.000
Imprevistos (5%)		\$ 17.007	\$ 775.150
Total		\$ 357.157	\$ 16.278.150

Resultados

Dentro de este estudio se incluyeron las encuestas sociodemográficas y escalas aplicadas a 35 pacientes, de los cuales la mayoría fueron adolescentes del sexo femenino (82,90%) (gráfica 1.), con una mediana de edad de 14 años, de las escalas aplicadas para medir sintomatología ansiosa y depresiva, se encontró que los síntomas ansiosos estaban presentes en el 77,14% de los pacientes, siendo más prevalentes que los síntomas depresivos (23%). Se encontró además dentro de las asociaciones, síntomas depresivos más frecuentes entre los pacientes sin hermanos y siendo estos síntomas internalizantes más prevalentes en los mayores de 14 años.

Caracterización sociodemográfica

Los 35 pacientes estaban entre los 11 y 17 años, la mayoría de estos adolescentes eran originarios y procedían de la ciudad de Bogotá (74%), de religión católica (74%), para el momento de la evaluación estaban escolarizados y la mayoría cursaban algún grado de bachillerato, entre los grados sexto y once (71%), y en el hogar habitaban con más de tres personas, la mayoría vivían con la madre (51,43%) y 17% con el padrastro. Los hijos únicos correspondieron al 66% de la muestra. Con respecto a la escolaridad materna y paterna, la mayoría, tenían secundaria completa (51%). (Tabla 2.)

Tabla 2. Características sociodemográficas

Variables	N	Porcentaje
Femenino	29	82.90
Edad	14,475 (+- 0.72)	14,4
Origen Bogotá	25	71.43
Procedencia Bogotá	26	74.30
Religión Católica	26	74.30
Bachiller Incompleto	25	71.43
Decimo	8	22.86
Personas con las que vive	2,71	3 (2,3)
Madre	18	51.43
Número de hermanos	1,2	1(0,2)
Padre con Secundaria Completa	14	40.00
Madre con Secundaria Completa	17	48.57

Características clínicas

Respecto al uso de recursos hospitalarios, al momento de la entrevista se encontró una mediana de 3 días hospitalarios y las especialidades tratantes más frecuentes para ese momento de la hospitalización y que más solicitaron la interconsulta por psiquiatría, fueron pediatría (51,43%) y neuropsiquiatría (22,86%). Dentro del tratamiento hospitalario multidisciplinario el 68,57% no estaban siendo formulados por psicofármacos. Los diagnósticos más frecuentemente reportados para el momento de la evaluación por psiquiatría infantil fueron, cefalea, síntomas neurológicos y cuadros de dolor en estudio o crónico, como el dolor abdominal. El nivel de intensidad del TSS estaba entre alto e intermedio en la mayoría de los pacientes (85,71%) (gráfico 3.). El 77,14%, de estos menores con TSS, tenían un SCARED positivo

para síntomas de ansiedad comórbida (gráfico 4.), pero no para síntomas depresivos, pues solo un 22% tuvieron un CDI por encima de 19 puntos. Dentro de las asociaciones estudiadas se encontró que a mayor intensidad de los síntomas del TSS hay mayores puntuaciones en el SCARED, los hijos únicos tenían más síntomas sugestivos de síntomas depresivos y de estos con estos síntomas emocionales la mayoría eran mayores de 14 años. (tabla 3).

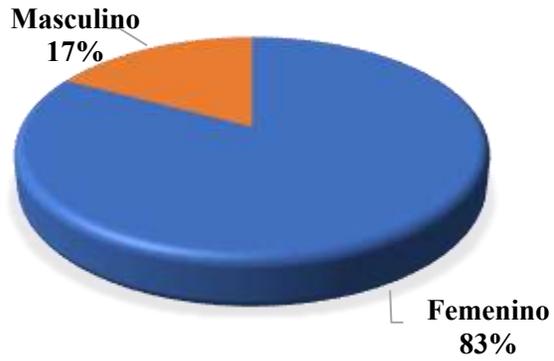
Tabla 3. Características Clínicas

Variables	Media (I.C.)	Mediana (P25 y P 75)
Número de días Hospitalarios	4,46	3
Puntaje Total PHQ-15	12	12
Puntaje Total Scared	32,77	32

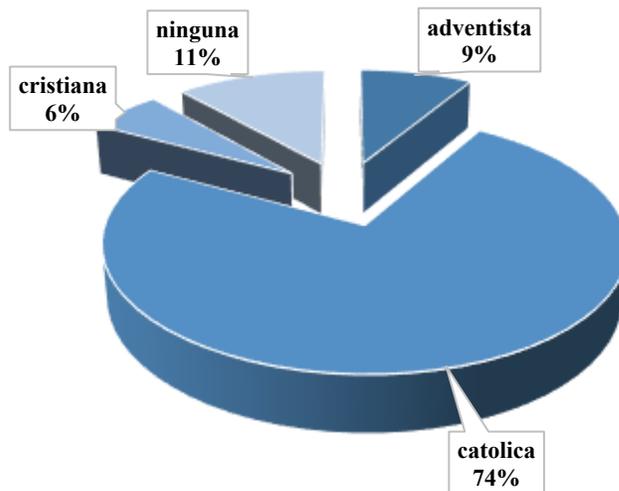
Características Clínicas Cualitativas

Variables	N	Porcentaje
Pediatría	18	51.43
Neuropediatría	8	22.86
No Psicofármacos Actuales	24	68.57
Intensidad PHQ Alta/Intermedia	30	85.71
Síntomas ansiosos (SCARED)	27	77.14
Sin síntomas depresivos (CDI)	27	77.14

Gráfica 1. Distribución por Género.



Gráfica 2. Distribución por orientación religiosa.



La mayoría de las familias se consideraba católica.

Gráfico 3. Intensidad de los síntomas del TSS, según el PHQ-15

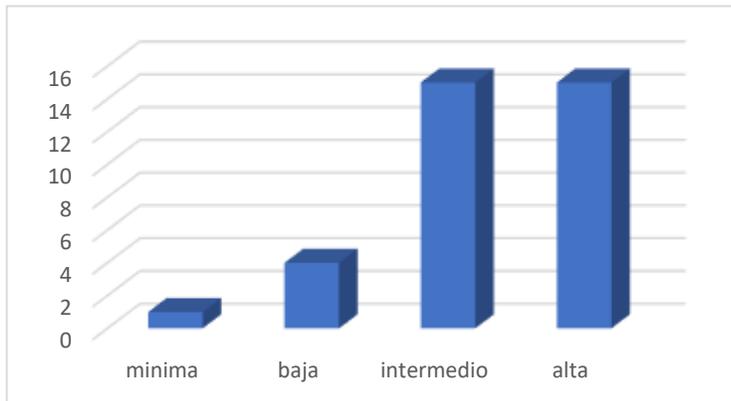


Gráfico 4. Distribución de síntomas ansiosos, según SCARED.

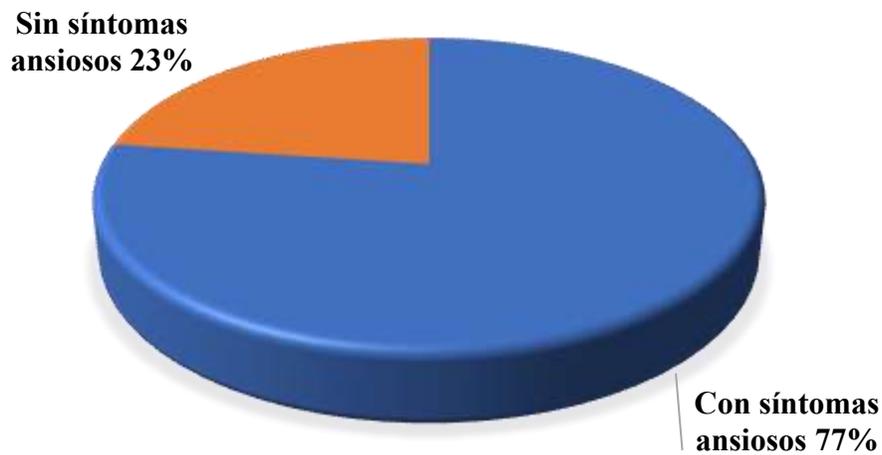
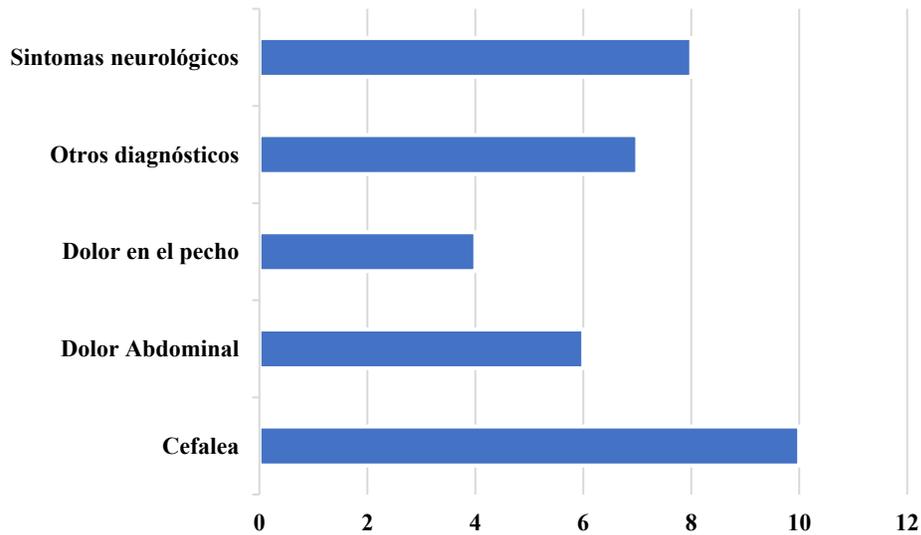


Gráfico 5. Diagnósticos más frecuentes encontrados al momento de la evaluación.



Asociaciones entre variables

Se realizó prueba de Chi cuadrado y razón de verosimilitud, buscando una relación estadísticamente significativa entre los resultados de cada uno de los instrumentos de medición de síntomas emocionales y los factores sociodemográficos, teniendo en cuenta una $P < 0.005$. Además, se construyeron tablas de 2 X 2 para relacionar nuevamente cada uno de los resultados de los cuestionarios CDI y SCARED con las variables de los de factores sociodemográficos estudiados, pero esta vez recodificando los posibles desenlaces de dichos factores. Al realizar pruebas de chi cuadrado y odds ratio (OR) no se evidenció riesgo estadísticamente significativo entre cada uno de los resultados de los instrumentos y las variables

sociodemográficas, excepto para los síntomas depresivos y el número de hermanos, y para la depresión y edad mayor de 14 años.

Tabla 4. Asociaciones entre variables

		Ausencia de Depresión	Presencia de Depresión	N
Riesgo para depresión según edad \geq de 14 años	Menor de 14 años	5	9	14
	Mayor de 14 años	3	18	21
Total		8	27	35
	Valor	Inferior	Superior	
OR (intervalo de confianza)	3,333	0,647	17,181	
Chi-cuadrado de Pearson	p=0,002			

Estimación de riesgo

En la tabla 2 de 2X2, se evidencia que de 35 pacientes se identificaron 18 mayores de 14 años con presencia de depresión según el cuestionario CDI. Se procedió a realizar la prueba chi² de Pearson con el fin de establecer si hay dependencia entre las dos variables según los valores absolutos estudiados anteriormente, en los cuales se encontró con un valor p estadísticamente significativo p=0,002 por tanto se acepta que hay una asociación entre variables. El OR para presencia de depresión en mayores de 14 años 0,750, con un IC del 95% (0,647-17,81), lo que implica que la presencia de ser mayor de 14 años no es un factor de riesgo para trastorno depresivo, ya que el IC supera el 1.

Tabla 5. Estimación del riesgo.

		Ausencia de depresión	Presencia de depresión	Total
Riesgo de depresión según número de hermanos	Presencia de hermanos	20	2	22
	Ausencia de hermanos	7	6	13
Total		27	8	35
OR (Intervalo de Confianza)	Valor	Inferior	Superior	
Chi-cuadrado de Pearson	8,571	1,393	52,748	
	P=0,003			

De los 35 pacientes se identificaron 20 con hermanos y solo dos con depresión, según el cuestionario CDI. Se procedió a realizar la prueba chi² de Pearson con el fin de establecer si hay dependencia entre las dos variables según los valores absolutos estudiados anteriormente, en los cuales se encontró con un valor p estadísticamente significativo, por tanto, se acepta que hay una asociación entre variables, es decir hay una dependencia, con un IC del 95% (1,393- 52,74), por lo que se podría decir que tener hermanos podría actuar como factor protector en estos menores con TSS, para tener síntomas depresivos.

Discusión

Tener en cuenta estos factores epidemiológicos y clínicos encontrados en el estudio, sirve para plantearse la necesidad de tener guías propias de manejo, como la recientemente desarrolladas, por un grupo de psiquiatras infantiles expertos, con aportes de partes interesadas pediátricas, de múltiples instituciones en América del Norte para estandarizar la atención pediátrica de TSSTR en el entorno hospitalario para pacientes hospitalizados, se encontró en este estudio un perfil de riesgo similar al de estudio, por lo que es importante en continuar elaborando, un plan de atención multidisciplinario estructurado (21).

La mayoría de los pacientes interconsultados y entrevistados durante el estudio, fueron de género femenino, y este hallazgo etario es característico durante la adolescencia, como en estudios previos, (70,0%) (38). Es posible que estas niñas y adolescentes, tengan una mayor predisposición a reaccionar al estrés con el TSSTR; los niños, sin embargo, serian mas propensos a reaccionar ante estos síntomas con trastornos conductuales mas que emocionales. La razón de esta diferencia de género, aunque no esta del todo clara, puede estar relacionada con factores biológicos relacionados con la pubertad (39).

Encontramos dentro de nuestro estudio que los diagnósticos principales que contribuyeron a la hospitalización, fueron los síntomas neurológicos inespecíficos, como la cefalea y el mareo, contrasta con estudios previos, donde esta prevalencia de estas quejas somáticas también fue la más frecuentemente encontrada (38) (40).

Dentro de los patrones de comorbilidad encontrados, es importante las puntuaciones altas de estos menores en el cuestionario SCARED y estos hallazgos han sido replicados en estudios inclusive en nuestro país (33); Así pues como se demuestra en toda la teoría etiología de los TSS, los síntomas ansiosos podrían estar en la base del surgimiento del trastorno así como ser consecuencia directa e importante de esta entidad (4).

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio se encuentra la posible debilidad por el muestreo ya que los datos solo pueden ser extrapolados a esa población, otra limitación es que solo fueron tenidos en cuenta los pacientes con TSS interconsultados a psiquiatría infantil, por esto aunque a partir de la muestra obtenida se pudieron describir características sociodemográficas importantes en esta población e indicadores clínicos de riesgo, como los síntomas ansiosos y depresivos, por la limitación del tamaño de la muestra no se pueden hacer extrapolaciones a los demás menores hospitalizados en nuestro país con esta entidad. Es deseable futuras investigaciones con diseño de casos y controles que permitan establecer causalidad entre la condición de los menores y factores de riesgo adicionales a los TSS.

Conclusiones

Los pacientes pediátricos que dentro de un hospital estén siendo manejados por múltiples especialidades por TSS, generalmente son del género femenino, adolescentes con importantes síntomas ansiosos y que requieren definitivamente de un abordaje desde el modelo biopsicosocial, por lo que se debe evitar que esta entidad sea tomada desde el inicio como un diagnóstico diferencial, tratando de observar siempre la evolución de estos menores desde lo longitudinal, trabajar de forma empática con la familia y con el equipo multidisciplinario tratante y explicando como base del manejo, el modelo de los síntomas somático al paciente y la familia y todo el tiempo cerciorarse de su adecuada comprensión, planteándose objetivos realistas y metas que se vayan obteniendo de forma paulatina.

Bibliografía

1. Marcelli D DAJ. Psicopatología del Niño. Masson; 1996. 1996.
2. Juan David Palacio O. CIB. Psiquiatría infantil, fundamentos de medicina, segunda edición. segunda. CIB, editor. 2022. 631–646 p.
3. edited by Anita Thapar and Daniel S. Pine, James F. Leckman, Stephen Scott MJS, Taylor. E. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. JohnWiley & Sons, Ltd. 2015.
4. Kozłowska K, Scher S, Helgeland H. Functional Somatic Symptoms in Children and Adolescents A Stress-System Approach to Assessment and Treatment. 2020. 237–239 p.
5. Löwe B, Levenson J, Depping M, Hüsing P, Kohlmann S, Lehmann M, et al. Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychol Med.* 2022;52(4):632–48.
6. Wilson Boulevard AEMP. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 2014. Editorial Medica Panamericana.
7. Rief W, Mewes R, Martin A, Glaesmer H, Brähler E. Evaluating new proposals for the psychiatric classification of patients with multiple somatic symptoms. *Psychosom Med.* 2011;73(9):760–8.
8. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res.* 2004;56(4):391–408.
9. Rask CU, Olsen EM, Elberling H, Christensen MF, Ørnbøl E, Fink P, et al. Functional somatic symptoms and associated impairment in 5-7-year-old children: The Copenhagen Child Cohort 2000. *Eur J Epidemiol.* 2009;24(10):625–34.
10. van Geelen SM, Rydelius PA, Hagquist C. Somatic symptoms and psychological concerns in a general adolescent population: Exploring the relevance of DSM-5 somatic symptom disorder. *J Psychosom Res* [Internet]. 2015;79(4):251–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.07.012>
11. Pérez Moreno MR, Alonso González IM, Gómez-Vallejo S, Moreno Pardillo DM. Trastornos somatomorfos y síntomas somáticos funcionales en niños y adolescentes. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil.* 2021;38(2):41–58.
12. Sharma N, Daley M, Vente T. Pediatric somatic symptom disorder: An overview. *Psychiatr Ann.* 2017;47(10):507–11.

13. Joel J. Silverman. M.D., Marc Galanter. M.D. .. Maga Jackson-Triche, M.D. .. M.S.H.S. .. Douglas G. Jacobs. M.D. .. James W. Lomax 11, M.D. .. Michelle B. Riba. M.D. .. Lowell D. Tong, M.D., Katherine E. Watkins. M.D., M.S.H.S., Laura J. Fochtmann, M.D., M.B.I. MD. The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults.pdf. 2015.
14. Malas N, Ortiz-Aguayo R, Giles L, Ibeziako P. Pediatric Somatic Symptom Disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(2).
15. Kişlal FM, Kutluk T, Çetin FÇ, Derman O, Kanbur NÖ. Psychiatric symptoms of adolescents with physical complaints admitted to an adolescence unit. *Clin Pediatr (Phila).* 2005;44(2):121–30.
16. Dell ML, Campo J V. Somatoform disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2011;34(3):643–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2011.05.012>
17. Carlier IVE, Hovens JGFM, Streevelaar MF, Van Rood YR, Van Veen T. Characteristics of suicidal outpatients with mood, anxiety and somatoform disorders: The role of childhood abuse and neglect. *Int J Soc Psychiatry.* 2016;62(4):316–26.
18. Marcelo AM, Elisa SA, Martínez-Aguayo JC, Rosa BA. Estado actual de los trastornos somatomorfos y conversivos en niños y adolescentes. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2016;54(2):151–61.
19. Heimann P, Herpertz-Dahlmann B, Buning J, Wagner N, Stollbrink-Peschgens C, Dempfle A, et al. Somatic symptom and related disorders in children and adolescents: Evaluation of a naturalistic inpatient multidisciplinary treatment. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2018;12(1):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0239-y>
20. Wiggins A, Court A, Sawyer SM. Somatic symptom and related disorders in a tertiary paediatric hospital: prevalence, reach and complexity. *Eur J Pediatr.* 2021;180(4):1267–75.
21. Ibeziako P, Brahmbhatt K, Chapman A, De Souza C, Giles L, Gooden S, et al. Developing a Clinical Pathway for Somatic Symptom and Related Disorders in Pediatric Hospital Settings. *Hosp Pediatr.* 2019;9(3):147–55.
22. Craig TKJ, Bialas I, Hodson S, Cox AD. Intergenerational transmission of somatization behaviour: 2. Observations of joint attention and bids for attention. *Psychol Med.* 2004;34(2):199–209.
23. Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(7):821–41.

24. Craig TKJ, Cox AD, Klein K. Intergenerational transmission of somatization behaviour: A study of chronic somatizers and their children. *Psychol Med.* 2002;32(5):805–16.
25. Noyes R, Stuart SP, Watson DB. A reconceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics.* 2008;49(1):14–22.
26. Kallesøe KH, Rimvall MK, Schröder A, Jensen JS, Wicksell RK, Rask CU. Adolescents with functional somatic syndromes: Symptom profiles, illness perception, illness worry and attachment orientation. *J Psychosom Res.* 2021;145(December 2020).
27. Malin Eberhard-Gran, MD, PhD, Berit Schei, MD, PhD, and Anne Eski/d, MD P. Somatic Symptoms and Diseases are more Common in Women Exposed to Violence.pdf. 2007.
28. Roelofs K, Spinhoven P. Trauma and medically unexplained symptoms. Towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(7):798–820.
29. Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Somatic Disorders. *Jama.* 2009;302(5):550.
30. Imran N, Ani C, Mahmood Z, Hassan KA, Bhatti MR. Anxiety and depression predicted by medically unexplained symptoms in Pakistani children: A case-control study. *J Psychosom Res* [Internet]. 2014;76(2):105–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.11.016>
31. Kenji Kato, PhD, Patrick F. Sullivan, MD, FRANZ, Birgitta Evengard, MD, PhD, and Nancy L. Pedersen P. A population-based twin study of functional somatic syndromes.pdf. 2009.
32. Puskar KR, Sereika SM. Anxiety, Somatic Complaints, and Depressive Symptoms in Rural Adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2003;16(3):102–11.
33. Beltrán DJ, Zapata-Ospina JP, Duque PA. Demographic and Clinical Characteristics and Use of Hospital Resources of Pediatric inpatients With Somatic Symptoms and Related Disorders in a Reference Center in Medellín. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2022;(x x). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.09.005>
34. von Klitzing K, Schlenzog-Schuster F. “Our difficult job is to take a unified view of the patient ...” (Winnicott) Psychosomatic work in a children’s hospital. *Int J Psychoanal* [Internet]. 2021;102(1):91–108. Available from: <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1858084>
35. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brahler E, et al. The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden. Vol. 174, *JAMA Internal Medicine.* 2014. p. 399–407.
36. Helsel WJ, Matson JL. The assessment of depression in children: The internal structure of the child depression inventory (CDI). *Behav Res Ther.* 1984;22(3):289–98.

37. Murcia EH, Losada YL, Rojas LA, Londoño PG. Prevalencia de la depresión infantil en neiva (Colombia). *Av en Psicol Latinoam*. 2009;27(1):154–64.
38. Saunders NR, Gandhi S, Chen S, Vigod S, Fung K, De Souza C, et al. Health Care Use and Costs of Children, Adolescents, and Young Adults with Somatic Symptom and Related Disorders. *JAMA Netw Open*. 2020;3(7):1–14.
39. Eminson DM. Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(7):855–71.
40. Gao X, McSwiney P, Court A, Wiggins A, Sawyer SM. Somatic Symptom Disorders in Adolescent Inpatients. *J Adolesc Heal*. 2018;63(6):779–84.