

**Características demográficas, clínicas y del uso de recursos hospitalarios de pacientes
pediátricos con trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados
hospitalizados en un centro de referencia de Medellín**

Diana Judith Beltrán¹, Juan Pablo Zapata-Ospina², Paula Andrea Duque³

¹ Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ORCID: 0000-0003-0815-6379

² Instituto de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Grupo Académico de Epidemiología Clínica (GRAEPIC), ORCID: 0000-0002-1815-5583

³ Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia.

Autor para correspondencia: diana.beltranm@udea.edu.co

Este estudio fue financiado por la Universidad de Antioquia, se trata del trabajo de grado para optar al título de especialista en psiquiatría pediátrica de la autora principal, fue presentado en la Universidad de Antioquia en 2022 y en el Congreso Internacional de Salud Mental en niños y adolescentes “Surfeando la Ola” el 4 de junio de 2022 en Bogotá. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESUMEN

Antecedentes: Los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados (TSSTR) son un reto clínico en psiquiatría pediátrica por las dificultades en su conceptualización, la complejidad de su presentación clínica, que también depende del contexto cultural, las consultas repetidas a los servicios de salud y el predominio de estudios en adultos.

Objetivo: Describir las características de la población pediátrica con diagnóstico de TSSTR en un centro de referencia.

Diseño y métodos: estudio transversal descriptivo de las variables demográficas, clínicas y el uso de los recursos institucionales, a partir de la revisión de historias clínicas de pacientes menores de 18 años hospitalizados con diagnóstico de TSSTR evaluados por psiquiatría o psiquiatría pediátrica entre 2018 y 2021 en un hospital pediátrico de referencia de Medellín, Colombia.

Resultados: Se incluyeron las historias clínicas de 83 pacientes, de los cuales la mayoría fueron mujeres (72%), con una mediana de edad de 12 años, la ansiedad y la depresión fueron las comorbilidades más frecuentes (83% y 75%) y los antecedentes mentales maternos más frecuentes (25% y 26%). La frecuencia de exposición a factores de estrés en el ámbito familiar fue alta (83%) y se requirió la participación de múltiples especialidades médicas y apoyos terapéuticos, con uso de ayudas diagnósticas variadas.

Conclusiones: Los pacientes pediátricos hospitalizados con TSSTR generalmente son adolescentes mujeres con depresión o ansiedad, rodeadas de contextos familiares y sociales adversos que requieren atención interdisciplinaria desde un modelo biopsicosocial integral.

Palabras clave: Trastornos Somatomorfos, Trastornos de Conversión, Psiquiatría Infantil

ABSTRACT

Background: somatic symptom and related disorders (SSRD) constitute a clinical challenge in pediatric psychiatry due to the difficulties in their conceptualization, the complexity of their clinical presentation, which also depends on the cultural context, repeated consultations to health services and the predominance of studies in adults.

Aims: To describe the characteristics of the pediatric inpatients with SSRD in a reference hospital.

Design and methods: descriptive cross-sectional study of demographic, clinical variables, and the use of institutional resources, based on the review of medical records of hospitalized patients under 18 years of age with a diagnosis of SSRD evaluated by psychiatry or pediatric psychiatry between 2018 and 2021 at reference pediatric hospital in Medellín, Colombia.

Results: The clinical records of 83 patients were included. Most patients were female (72%), with a median age of 12 years, anxiety and depression were the most frequent comorbidities (83% and 75%) and the most frequent maternal mental history (25% and 26%). The frequency of exposure to stressors in the family setting was high (83%) and required the involvement of multiple medical specialties and therapeutic supports, with use of varied diagnostic aids.

Conclusions: Pediatric patients hospitalized with SSRD are generally female adolescents with depression or anxiety, surrounded by adverse family and social contexts that require interdisciplinary care from a comprehensive biopsychosocial model.

Keywords: Somatoform Disorders, Conversion Disorder, Child Psychiatry

INTRODUCCIÓN

Los síntomas somáticos inexplicados han sido un problema de estudio complejo por la diversidad de conceptos para abordarlos y la persistencia del paradigma de dualidad mente-cuerpo (1). El DSM-5, en su apartado de trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados (TSSTR), agrupa a los trastornos caracterizados por síntomas somáticos asociados a malestar y deterioro significativo, sin que se requiera ahora el criterio de falta de explicación médica para su diagnóstico, admitiendo la coexistencia de enfermedades somáticas y TSSTR (2). La prevalencia de los antes llamados trastornos somatomorfos en niños, niñas y adolescentes (NNA) de la comunidad está entre 7,2% a 13,1% (3,4), en el cuidado primario es de 9,31%, en los servicios de hospitalización pediátrica está entre el 0,78 y 2% y en pacientes hospitalizados e interconsultados a psiquiatría de enlace es del 13% (5,6). El trastorno por síntomas somáticos es el más frecuente (38,2 a 41,3%) seguido de los factores psicológicos que afectan las condiciones médicas (29,6%), el trastorno conversivo (19,2 a 46,3%) y el trastorno de síntomas somáticos no especificado (9,9%) (7,8).

Los pacientes con TSSTR que se encuentran hospitalizados son predominantemente adolescentes mujeres, de clase media a media-alta, con comorbilidades dolorosas y usualmente con diagnósticos psiquiátricos preexistentes. Estos pacientes suelen tener temperamento ansioso y afrontamiento evitativo, historia familiar de enfermedad mental y entornos caracterizados por conflictos familiares (en especial con los padres), altas demandas en lo académico por sí mismos o sus padres y una alta frecuencia de ausentismo escolar (5,9–11). El diagnóstico en población pediátrica es particularmente difícil por la dificultad para expresar e identificar síntomas según la etapa del desarrollo en que se encuentren y la influencia recíproca entre ellos y sus cuidadores, lo cual determina en muchos casos factores detonantes y de mantenimiento de sus síntomas (12). Estos pacientes son llevados en múltiples ocasiones a los

servicios de salud por una o varias quejas para las cuales frecuentemente no hay explicación. Recorren largos itinerarios terapéuticos, diagnósticos e incluso hospitalizaciones sin encontrar alivio y utilizando importantes recursos de la salud (13,14). Su sufrimiento aumenta por la frecuente coexistencia de trastornos mentales sumado a la preocupación de sus familias. El estigma hacia estos pacientes es visible aún en los servicios de salud, que se ven enfrentados a la incertidumbre de tratar “lo intangible” (1).

El contexto cultural también influye en la presentación y curso de los TSSTR, pues determina, por ejemplo, que se valide más la queja somática que la queja emocional (15). Además, las familias pueden usar múltiples modelos explicativos que coexisten, cambian y que influyen en las conductas de búsqueda de ayuda y la adherencia a los tratamientos (14). Sumado a lo anterior, la literatura reciente sugiere una relación entre los síntomas somáticos funcionales y el trauma (16), pero también con los efectos acumulativos del estrés normativo como la enfermedad médica, los conflictos familiares y el acoso escolar (17), que sería particularmente importante en Colombia, dado que los NNA están expuestos a adversidades como el abuso, el maltrato, la pobreza y la violencia (18). Teniendo en cuenta la influencia del trauma y el estrés en los TSSTR y que los estudios en Antioquia se han enfocado en adultos (19), nuestra población requiere ser estudiada para conocer cómo se presentan estos trastornos en nuestro medio y empezar a cimentar información que nos permita dar un mejor cuidado a estos pacientes. El objetivo de este estudio es describir las características sociodemográficas, psicosociales, clínicas y los patrones de uso de servicios médicos de los NNA con diagnóstico de TSSTR hospitalizados en un centro de referencia de Colombia.

MÉTODOS

Diseño

Estudio descriptivo de corte transversal con NNA con diagnóstico de TSSTR hospitalizados entre enero de 2018 y diciembre de 2021. Fue aprobado por el Comité de Ética e investigaciones del Hospital. No fue necesario el uso de consentimiento informado.

Población

Pacientes entre los 5 y 17 años atendidos en el Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF) de Medellín, interconsultados al servicio de psiquiatría o psiquiatría pediátrica de enlace con diagnóstico de TSSTR, hecho durante la evaluación rutinaria de estas especialidades y según los criterios del DSM-5 (que incluye: trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno de síntomas neurológicos funcionales, factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas, otro trastorno de síntomas somáticos y trastorno de síntomas somáticos no especificado). Se excluyeron los pacientes con trastorno facticio.

Procedimientos

Se revisó la base de datos del servicio de psiquiatría pediátrica y seleccionaron los pacientes con diagnóstico de TSSTR y además se solicitó el archivo plano de registros médicos del hospital de pacientes menores de 18 años con códigos CIE-10 F45x y F44. Se usó un formulario electrónico para alimentar la base de datos con los datos de las historias clínicas correspondientes a la última hospitalización del paciente en donde hubiera recibido evaluación por psiquiatría y, cuando fue necesario, se obtuvieron datos faltantes de hospitalizaciones y evaluaciones anteriores. No se registraron los nombres ni apellidos de los pacientes, se asignó un código único para cada paciente y se usó el número de documento únicamente para ubicación de la historia clínica en el sistema del hospital.

Características demográficas

A partir de los registros de admisiones y las notas de la historia clínica, se tomaron las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, religión, origen, residencia, estrato socioeconómico, conformación del núcleo familiar, convivientes, edad, ocupación y escolaridad de los padres), los antecedentes personales y familiares.

Antecedentes personales y familiares

Se incluyeron los antecedentes perinatales y del desarrollo: si la gestación era planeada o no, la edad gestacional al nacer, la exposición a psicoactivos en la gestación, noxa perinatal (cualquier evento que ocasionara riesgo neurológico como hipoxia, sufrimiento fetal agudo o parto prolongado), estrés perinatal (factores psicosociales adversos en la etapa perinatal como la enfermedad mental materna, violencia intrafamiliar o escasez de alimentos), retraso del desarrollo motor (si la marcha apareció después de los 14 meses). El funcionamiento intelectual se determinó con base en los antecedentes en caso de discapacidad y de acuerdo con la evaluación funcional hecha en cada historia. El desempeño escolar se calificó como bueno, regular o malo con base en el reporte del cuidador. Para las dificultades de aprendizaje se tuvieron en cuenta las de las matemáticas, lectura y escritura. Como problemas de socialización se consideraron la timidez, el aislamiento y las relaciones conflictivas con pares. Respecto a los antecedentes familiares se obtuvo la información de patologías generales y trastornos mentales maternos y paternos.

Factores de estrés

Las adversidades psicosociales fueron determinadas con base en la nota de psicología, trabajo social, psiquiatría o terapia de familia. La crianza disfuncional se consideró cuando había sobreprotección, autoritarismo, permisividad o pautas inadecuadas en general. Como separación familiar se tuvo en cuenta el alejamiento de cuidadores principales o figuras importantes de apego. La violencia comunitaria se consideró como exposición a la misma en el entorno social inmediato (asesinatos, amenazas, riñas, etc.). Otras adversidades registradas

fueron el abandono, la violencia intrafamiliar, el acoso escolar, la convivencia con enfermo crónico, el abuso psicológico, sexual y físico, el desempleo de los padres, la negligencia, migración, conflicto armado, estancia actual en servicios de protección. Se consideró la existencia de un factor de estrés reciente relacionado con el cuadro clínico si había coincidencia temporal entre ellos.

Características clínicas

Se tuvo en cuenta el diagnóstico principal de psiquiatría y el servicio tratante, las comorbilidades médicas se consideraron como antecedentes que tuvieran repercusión clínica actual. La comorbilidad psiquiátrica se definió como un diagnóstico previo (incluyendo la discapacidad intelectual) con repercusión actual o diagnóstico nuevo de trastorno mental diferente de TSSTR.

Características del TSSTR

Se registró el motivo de consulta a partir de la nota del servicio de ingreso y la interferencia que ocasionaban los síntomas en las áreas de funcionamiento familiar, escolar, social y del tiempo libre. El síntoma predominante durante la hospitalización se consideró como el más problemático durante la misma, aunque no fuera el motivo de consulta inicial. El tiempo hasta el diagnóstico del TSSTR fue el tiempo que tomó determinarlo desde el inicio de los síntomas. La hipótesis familiar explicativa se definió como la atribución del origen dado por la familia a los síntomas del paciente y se clasificó como causa médica general, problema mental o psicológico, explicación mágica (cuando creían que se debía a brujería o similares), manipulación (cuando pensaban en ganancia secundaria del paciente) o rebeldía. Los reforzadores se consideraron a los factores perpetuadores o que mantenían los síntomas y se dividieron según ocurrencia en el ambiente familiar, escolar o social.

Uso de recursos

Se registró la duración en días de la hospitalización, el número de hospitalizaciones totales por el mismo cuadro clínico, el número de especialidades participantes en el cuidado del paciente, el número de evaluaciones por psiquiatría o psiquiatría pediátrica de enlace, los medicamentos y los apoyos terapéuticos (terapia familiar, psicología, nutrición, trabajo social y otras terapias). Se registró también el servicio de ingreso a la hospitalización, el servicio tratante e interconsultante y los motivos de interconsulta. Finalmente, se anotaron otros apoyos diagnósticos utilizados (imágenes y otros procedimientos).

Análisis estadístico

Se usó estadística descriptiva; para las variables cualitativas se presentaron frecuencias absolutas y relativas; para las cuantitativas se calculó la mediana con el rango intercuartílico dado que no se cumplió el supuesto de normalidad con la prueba de Shapiro-Wilk. Dado el alcance descriptivo, en las variables con datos faltantes no se hizo imputación y solo se analizó la información disponible.

RESULTADOS

Se obtuvo una lista total de 179 posibles candidatos y se revisaron las historias clínicas entre septiembre de 2021 hasta enero de 2022 para comprobar su elegibilidad. Se descartaron 96 historias clínicas por no tener diagnóstico confirmado por psiquiatría (en mayores de 14 años) o psiquiatría pediátrica de enlace (en menores de 15 años) o no haber tenido hospitalización con evaluación por estas especialidades.

Características demográficas

Se incluyó información de 83 pacientes entre los 5 y 17 años, la mayoría de ellos en la adolescencia temprana (n=32) y la edad escolar (n=31), seguidos de los adolescentes medios (n=17), preescolares (n=2) y adolescentes tardíos (n=1). El lugar de origen fue principalmente

el departamento de Antioquia (94%) y el lugar de residencia más frecuente, el área metropolitana (67,2 %). En cuanto a las condiciones familiares, la mayoría vivían en hogares monoparentales (67,46%) y una minoría no vivía con ninguno de sus padres (6%). Los hijos únicos correspondieron al 29% de la muestra (Tabla 1). Con respecto a la escolaridad materna, más de la mitad tenía secundaria completa (60,2%) y cerca de una tercera parte tuvo acceso a estudios superiores: universidad y carreras intermedias (13% y 17% respectivamente). La mayoría de las madres reportó ser ama de casa (29%), seguido esto de los trabajos de servicios y ventas en comercio y mercados (10,84%), el desempleo (9,64%), las profesionales, científicas e intelectuales (9,64%), técnicas y profesionales de nivel medio (7,23%) y ocupaciones elementales (7,23%). Los datos de los padres no se registraron en buena parte de las historias.

Tabla 1. Características demográficas y familiares de pacientes pediátricos con TSSTR hospitalizados en un centro de referencia de Colombia (n=83)

VARIABLE	RESULTADO
Edad en años, Me (RIQ)	12 (10 – 13)
	N %
Sexo femenino	60 (72,3)
Años de escolaridad	
Ninguna	3 (3,6)
1 a 5	47 (56,6)
6 a 9	33 (39,8)
Desescolarizados	6 (7,2)
Religión	
Católica	39 (47,0)
Otra	9 (10,8)
Creencia sin religión	2 (2,4)
Sin dato	33 (39,8)
Departamento de residencia	
Antioquia	82 (98,8)
Santander	1 (1,2)
Residencia	
Urbana	74 (89,2)
Rural	9 (10,8)
Estrato socioeconómico	
1 y 2	48 (57,8)
3 y 4	34 (40,9)
5 y 6	1 (1,2)
Convivientes*	
Madre	73 (88,0)
Padre	32 (38,5)
Hermanos	51 (48,0)
Primogénito	50 (60,2)

Número de hermanos		
0	24	(28,9)
1	41	(49,4)
2	11	(13,2)
3 o más	2	(6)
Cuidador principal		
Madre	69	(83,1)
Padre	4	(4,8)
Abuelos	7	(8,4)
Otro	3	(3,6)

Abreviaturas: TSSTR = trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados. Me = mediana. RIQ = rango intercuartílico. N= frecuencia absoluta. %= porcentaje. * No son excluyentes.

Antecedentes personales y familiares

Los antecedentes perinatales, del desarrollo y desempeño escolar se pueden observar en la Tabla 2. Al momento de nacer el paciente, la mediana de la edad de las madres fue de 23 años (RIQ: 19 a 28) con un rango de edades entre los 14 y 41 años; el 10% de las madres tenían 18 años o menos para ese entonces. Los datos del padre faltaron en la mayoría de las historias clínicas y fue frecuente el antecedente de trastorno mental en la madre (Tabla 2).

Tabla 2. Antecedentes perinatales, del desarrollo y familiares de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TSSTR hospitalizados en un centro de referencia de Colombia (n=83)

VARIABLE	N	%
Gestación planeada	26	(31,33)
Edad gestacional al nacer		
A término	67	(80,72)
Pretérmino	12	(14,46)
Postérmino	2	(2,41)
SPA durante gestación	2	(2,41)
Toxemia	11	(13,25)
Noxa perinatal	9	(10,84)
Estrés perinatal	6	(7,22)
Retraso del desarrollo motor	7	(8,43)
Funcionamiento intelectual		
Normal	69	(83,13)
Limítrofe	3	(3,61)
DI leve	10	(12,05)
DI moderada	1	(1,20)
Desempeño escolar		
Bueno	53	(63,86)

Regular	22	(26,51)
Malo	5	(6,02)
Dificultades de aprendizaje	19	(22,89)
Problemas de socialización	32	(38,55)
Antecedentes familiares (madre)*		
Depresión	22	(26,51)
Ansiedad	21	(25,30)
TUS	9	(10,84)
TSSTR	3	(3,61)
Trastorno bipolar	2	(2,41)
DI leve	2	(2,41)
TEPT	1	(1,20)

Abreviaturas: TSSTR=trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados, N= frecuencia absoluta. %= porcentaje. SPA=sustancias psicoactivas, DI=discapacidad intelectual, TUS=trastorno por uso de sustancias psicoactivas, TEPT=trastorno de estrés

* No son excluyentes

Factores de estrés

En 72 casos (86,75%) se registró un factor de estrés reciente relacionado con la aparición de los síntomas. Las frecuencias de adversidades en cualquier momento de la vida, los factores de estrés actuales y su discriminación por áreas se describen en la Tabla 3.

Tabla 3. Factores de estrés pasados y presentes en niños, niñas y adolescentes con TSSTR hospitalizados en un centro de referencia de Colombia (n=83)

VARIABLE	N	%
Adversidad en cualquier momento*		
Crianza disfuncional	47	(56,63)
Separación familiar	41	(49,40)
Abandono del padre	27	(32,53)
Violencia intrafamiliar	27	(32,53)
Acoso escolar	27	(32,53)
Convivencia con enfermo crónico	19	(22,89)
Abuso psicológico	17	(20,48)
Abuso sexual	16	(19,28)
Abuso físico	16	(19,28)
Desempleo de la madre	15	(18,07)
Negligencia	12	(14,46)
Violencia comunitaria	7	(8,43)
Migración	4	(4,82)
Abandono de la madre	4	(4,82)
Conflicto armado	4	(4,82)

Estancia en servicios de protección	3	(3,61)
Número de adversidades		
Ninguna	7	(8,43)
Una a dos	24	(28,91)
Tres a cinco)	37	(44,57)
Más de cinco	15	(18,07)
Factores de estrés actuales*		
Familiar	69	(83,13)
Social	45	(54,22)
Escolar	34	(49,96)

Abreviaturas: TSSTR=trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados, N= frecuencia absoluta. %= porcentaje.

*No son excluyentes

Características clínicas

Los diagnósticos más frecuentemente reportados por los tratantes fueron los cuadros de dolor (en estudio, crónico o cefalea) en el 40,96% de los casos, algún TSSTR para el 12,04%, epilepsia en el 10,84% y otros diagnósticos en el 36%. Los diagnósticos principales de psiquiatría, las comorbilidades médicas y psiquiátricas y el número de comorbilidades psiquiátricas, se pueden observar en la **Tabla 4**.

Tabla 4. Características clínicas de los pacientes pediátricos con TSSTR hospitalizados en un centro de referencia de Colombia (n=83)

VARIABLE	N	%
Diagnóstico principal de psiquiatría en la hospitalización		
Ansiedad	57	(68,6)
TSSTR	10	(12,04)
Depresión	7	(8,43)
TEPT	1	(1,20)
TEA	1	(1,20)
Otros	7	(8,43)
Comorbilidades psiquiátricas*		
Ansiedad	69	(83,13)
Depresión	63	(75,90)
TDAH	10	(12,05)
TOD	10	(12,05)
TEA	4	(4,82)
TCA	4	(4,82)
TUS	3	(3,61)
Trastorno psicótico	3	(3,61)

Número de comorbilidades psiquiátricas

Sin comorbilidad	7	(8,43)
Una	35	(42,16)
Dos	26	(31,32)
Tres	11	(13,25)
Cuatro o más	4	(4,81)
Comorbilidades médicas*		
Atopia	23	(15,66)
Gastrointestinales	15	(18,07)
Infección urinaria a repetición	6	(7,23)
Epilepsia	4	(4,82)
Obesidad/sobrepeso	4	(4,82)
Neoplasia	4	(4,82)
Anemia	3	(3,61)
Migraña	3	(3,61)
Ginecológicas	2	(3,61)
Autoinmunes	2	(3,61)
Infecciones respiratorias	2	(3,61)

Abreviaturas: TSSTR=trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados, N= frecuencia absoluta. %= porcentaje, TEPT=trastorno de estrés postraumático, TEA=trastorno del espectro autista, TDAH=trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TOD=trastorno oposicionista desafiante, TCA=trastorno de la conducta alimentaria, TUS=trastorno por uso de sustancias psicoactivas.

* No son excluyentes

Características del TSSTR

En la Tabla 5 se reporta la distribución de TSSTR en la muestra general y por sexo, los síntomas predominantes durante la hospitalización y las interferencias producidas por los síntomas. El tiempo hasta el diagnóstico fue de un mes o menos en el 48,19% de los pacientes (n=40), dos a tres meses en el 16,86% (n=14), cuatro a seis meses en el 6,02% (n=5), de siete a doce meses en el 14,45% (n=12) y de más de doce meses en el 10,84% (n=9). En tres pacientes no se registró esta información. Según la edad, los síntomas predominantes durante la hospitalización fueron los eventos paroxísticos no epilépticos (EPNE) y las alteraciones visuales en los preescolares. En los escolares el dolor osteomuscular, el dolor abdominal y los EPNE fueron los más frecuentes. En los adolescentes tempranos predominaron el dolor abdominal y los EPNE, en los adolescentes medios el dolor osteomuscular y en la adolescencia tardía las alteraciones motoras.

Respecto a la hipótesis familiar explicativa, la enfermedad médica fue la más frecuente (60,24 %), seguida por una explicación mental o psicológica (20,48 %), un suceso mágico (7,23%), manipulación del paciente (6,02%) y rebeldía (1,20%). En nueve historias (10,84%) no se encontró una hipótesis familiar anotada. Los factores familiares que reforzaban los síntomas se encontraron en el 78% de los pacientes y se anotó un reforzador social en el 28% (no excluyentes).

Tabla 5. Características del cuadro clínico de pacientes pediátricos con TSSTR hospitalizados en un centro de referencia de Colombia

VARIABLE	MUESTRA (n=83)		MUJERES (n=60)		HOMBRES (n=23)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Diagnóstico de TSSTR						
Trastorno de conversión	30	(36,14)	22	(36,67)	8	(34,78)
TSSNE	27	(32,53)	16	(26,67)	11	(52,17)
TSS	18	(21,69)	15	(25,00)	3	(13,04)
Factores psicológicos que afectan enfermedad	4	(4,82)	4	(6,67)	0	(0,00)
Trastorno de ansiedad por enfermedad	3	(3,61)	2	(3,33)	1	(4,35)
Otro TSS	1	(1,20)	1	(1,67)	0	(0,00)
Síntoma predominante en la hospitalización						
Dolor osteomuscular	18	(21,69)	13	(21,67)	5	(21,74)
Dolor abdominal	14	(16,87)	10	(16,67)	4	(17,39)
Eventos paroxísticos no epilépticos	13	(15,66)	11	(18,33)	2	(8,70)
Alteraciones motoras	10	(12,04)	4	(6,67)	6	(26,08)
Cefalea	6	(7,23)	6	(10,00)	0	(0,00)
Síncope	4	(4,82)	2	(3,33)	2	(8,70)
Tos	3	(3,61)	2	(3,33)	1	(4,35)
Emesis	2	(2,41)	2	(3,33)	0	(0,00)
Alteraciones visuales	2	(2,41)	2	(3,33)	0	(0,00)
Otros	11	(27,71)	8	(13,33)	3	(13,04)
Motivo de consulta al ingreso						
Convulsiones	16	(19,28)	13	(21,67)	3	(13,04)
Dolor osteomuscular	14	(16,87)	8	(13,33)	6	(26,06)
Dolor abdominal	12	(14,46)	9	(15,00)	3	(13,04)
Cefalea	6	(7,23)	5	(8,33)	1	(4,35)
Debilidad	5	(6,02)	4	(6,67)	1	(4,35)
Otro dolor	4	(4,82)	3	(5,00)	1	(4,35)
Síntomas respiratorios	4	(4,82)	3	(5,00)	1	(4,35)
Alteración de la consciencia	4	(4,82)	2	(3,33)	2	(8,70)
Otros	18	(21,68)	13	(21,67)	5	(21,75)
Áreas de interferencia de los síntomas*						

Escolar	75 (90,36)	55 (91,67)	20 (86,96)
Familiar	66 (79,52)	54 (90,00)	12 (55,17)
Social	58 (69,88)	44 (73,33)	14 (60,87)
Tiempo libre	47 (56,63)	34 (56,67)	13 (56,52)

Abreviaturas: TSSTR=trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados, N= frecuencia absoluta. %= porcentaje, TSSNE=trastorno de síntomas somáticos no especificado, TSS=trastorno de síntomas somáticos

* No son excluyentes

Uso de recursos hospitalarios

El servicio de entrada hacia la hospitalización fue urgencias en el 98% de los casos, siendo remitidos de nivel inferior de atención el 35% de ellos. Pediatría fue el servicio tratante en el 85.54 % de los casos y fue el servicio que más solicitó la interconsulta de psiquiatría pediátrica (60%) seguido de neuropsiquiatría (24%). Las interconsultas se solicitaron principalmente por sospecha de somatización (33,73%), síntomas de origen poco claro (20,48), EPNE (10,84%), síntomas ansiosos (10,84%), síntomas depresivos (4,82%), adversidades psicosociales (4,82%) y dolor crónico (4,82%). Las historias correspondían a la primera hospitalización en el 40% de los pacientes y a la segunda hospitalización en el 33% de ellos. Los paraclínicos más solicitados fueron el hemograma, la química sanguínea, los reactantes de fase aguda y el uroanálisis, con frecuencias del 70%, 65%, 42% y 30% respectivamente.

Otros apoyos diagnósticos utilizados fueron las ecografías (35%), las radiografías (32%), las tomografías computarizadas (30%), los electroencefalogramas (22%), las resonancias nucleares magnéticas (20%), los electrocardiogramas (17%), las endoscopias (8%), las electromiografías (8%), los ecocardiogramas (5%) y otros (13%). Los principales datos sobre el uso de recursos están en la Tabla 6.

Tabla 6. Uso de recursos institucionales en niños, niñas y adolescentes con TSSTR hospitalizados en un centro de referencia de Colombia (n=83)

VARIABLE	RESULTADO
----------	-----------

Días de hospitalización, Me (RIQ)	7,4	(3 – 7)
Total de hospitalizaciones por el mismo cuadro clínico	N	%
Una	33	(39,76)
Dos a cuatro	39	(46,98)
Cinco a diez	6	(7,22)
Más de diez	2	(2,40)
Sin dato	3	(3,61)
Número de especialidades participantes		
Una o dos	44	(53,01)
Tres o cuatro	35	(42,16)
Cinco o más	7	(8,43)
Número de evaluaciones por psiquiatría pediátrica		
Una	39	(46,98)
Dos a cuatro	39	(46,98)
Cinco o más	5	(6,02)
Medicamentos*		
ISRS	70	(84,34)
Analgésicos	57	(68,67)
Antiácidos / IBP / PMG	24	(28,92)
Antieméticos	17	(20,48)
Anticonvulsivantes	13	(15,66)
Antibióticos	13	(15,66)
Corticoides	12	(14,46)
Antihistamínicos	11	(13,25)
Laxantes	9	(10,84)
Antiespasmódicos	8	(9,64)
Antipsicóticos	7	(8,43)
Otros	4	(4,81)
Apoyos terapéuticos*		
Psicología	51	(61,45)
Trabajo social	42	(50,60)
Terapia familiar	20	(24,10)
Nutrición	11	(13,25)
Otros apoyos terapéuticos	11	(13,25)

Abreviaturas: Me=mediana, RIQ=rango intercuartílico, N= frecuencia absoluta. %= porcentaje,

ISRS=inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, IBP=inhibidor de la bomba de protones,

PMG=protector de la mucosa gástrica

* No son excluyentes

DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que los pacientes con TSSTR hospitalizados en un centro de referencia de Colombia fueron principalmente de sexo femenino en la adolescencia temprana, con cuadros clínicos en los que predominan los síntomas de dolor y neurológicos, con alta

comorbilidad con trastornos de ansiedad y antecedente materno de depresión y con un contexto sociofamiliar problemático.

En nuestro estudio la mediana de la edad fue de 12 años, similar a otros estudios realizados en Estados Unidos, Australia y Colombia en población pediátrica hospitalizada, en los que la edad promedio fue de 12 a 14 años (5,7,20,21). La mayor afectación en el sexo femenino se ha documentado ampliamente en población clínica (5,7,20–23) y en estudios poblacionales (4,24). Se ha planteado el papel de los estrógenos en la potenciación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la secreción de glucocorticoides, la acentuación de la acción de catecolaminas en el cerebro y de ahí el mayor impacto del estrés en mujeres post-púberes con respecto a los hombres. Además, literatura reciente sugiere que los esteroides sexuales podrían tener un papel modulador inmunoinflamatorio influyendo en procesos de dolor crónico y complejo (25). Los pacientes con síntomas funcionales han mostrado diferencias en la conectividad, la función y la estructura de regiones involucradas en la regulación emocional, autogestión y las vías neuroendocrinas y autonómicas de la respuesta al estrés, en lo cual se basa la hipótesis de la relación entre el estrés, la neuroinflamación y los TSSTR (26). Esto podría sugerir la necesidad de hacer intervenciones preventivas y terapéuticas diferenciales de acuerdo con el sexo de los pacientes.

La ansiedad fue la comorbilidad más importante seguida de la depresión, lo que coincide con los hallazgos de estudios similares en Alemania, Estados Unidos y Australia (4,5,7). Los patrones de comorbilidad entre estos trastornos es compleja ya que los mismos síntomas físicos podrían explicar más de un diagnóstico y de manera consistente se han asociado la ansiedad y la depresión con los síntomas somáticos funcionales de manera transversal, longitudinal y bidireccional, apareciendo los primeros como predictores de los segundos y viceversa (27–29). Además, estos trastornos exhiben factores de riesgo en común como la exposición a estresores

psicosociales que a su vez están ligados a cambios neurobiológicos que podrían explicar la vulnerabilidad al estrés y dificultades en su regulación (30). Aunque la nosología psiquiátrica aún no ha resuelto si se trata de entidades claramente independientes, sí es clara la necesidad de la participación de los profesionales en salud mental en el tratamiento de estos pacientes.

La depresión y la ansiedad fueron los antecedentes maternos de salud mental más frecuentes y el número de madres con somatización fue muy pequeño. Es posible que estos antecedentes estén subregistrados en las historias por tratarse de información que los cuidadores no expresan con facilidad porque se ha reportado que la presencia de somatización en la madre se relaciona con depresión, dificultad para su autocuidado y el de su hijo con una tendencia al aumento de las visitas al servicio de urgencias (31). La literatura ha sugerido la relación directa entre los problemas internalizantes maternos y estos mismos problemas en los hijos, lo cual es mediado principalmente por el estrés asociado a la crianza. También se ha encontrado relación entre la psicopatología del padre y los hijos aunque esta se da de forma diferente a la materna (32). Desafortunadamente la escasez de información sobre los padres no nos permite conocer la frecuencia de la psicopatología en ellos. Es de resaltar la importancia de la evaluación de la salud mental de los cuidadores de pacientes con TSSTR, por los retos que ofrece este cuadro clínico y por su determinante papel como precipitante y perpetuador de los síntomas.

Otro hallazgo importante fue la presencia de un estresor reciente relacionado con el inicio del cuadro clínico, principalmente en el ambiente familiar, aunque en proporción un poco mayor a la descrita en la literatura (7). Esto contrasta con otra serie de pacientes en India, donde se han descrito principalmente los estresores en el ambiente escolar (33). Es necesario tener en cuenta que la mayoría de la población que asiste al HUSVF es de estratos socioeconómicos bajos, lo cual se relaciona con mayores dificultades en el funcionamiento familiar y la exposición a

adversidades (18), lo que resalta el rol de este contexto en la somatización. Los eventos vitales adversos se han identificado como predictores de los TSSTR en adolescentes (34); las altas expectativas de los padres y factores como el disgusto, la desaprobación y la irritabilidad en ellos, pueden influir en la vulnerabilidad de los hijos a la somatización (11). Además, el trauma ha sido considerado históricamente un factor relacionado con la somatización, especialmente como resultado de la exposición temprana a adversidades (35). La mayoría de los pacientes de la muestra tuvieron tres o más adversidades, lo cual habla de la cantidad de factores de riesgo a la que están expuestos los niños de esta población. Esto implica que en la atención pediátrica de urgencias es importante incluir preguntas generales sobre el contexto psicosocial para no perder de vista aspectos en cuya intervención temprana podría residir parte importante del éxito del tratamiento (36).

La mayoría de los pacientes con TSSTR que son interconsultados a psiquiatría pediátrica son evaluados por psicología y trabajo social como respuesta a las características complejas de estos pacientes. Debido a la diversidad de síntomas en diferentes sistemas se hace necesaria también la participación de varias especialidades médicas, aunque, la mayoría de los pacientes tenían cuadros clínicos con síntomas dolorosos o síntomas neurológicos funcionales. La predominancia estos síntomas concuerda con los hallazgos de la literatura internacional (5,20,22,37). Los pacientes pediátricos con TSSTR y dolor tienden a tener mayor historia familiar de trastornos mentales, mayores tasas de depresión y de requerimiento de instituciones de protección (8). Sumado a lo anterior, estos pacientes tienden a atravesar por múltiples estudios y evaluaciones, lo cual implica altos costos para la institución y las familias, especialmente si requieren hospitalización por la intensidad y la gravedad de los síntomas (38).

La literatura sobre costos en la hospitalización pediátrica menciona que la interconsulta temprana por psiquiatría podría disminuir los tiempos de estancia hospitalaria y el número de hospitalizaciones en pacientes con enfermedad médica y comorbilidad psiquiátrica, incluyendo TSSTR (39). En estudios similares al nuestro se ha encontrado que la interconsulta a los servicios de salud mental se demora en ser solicitada, no hay planes de manejo ambulatorio claros, hay poca comunicación con el equipo de atención primaria que luego recibirá el paciente y no hay suficiente documentación en los registros médicos que apoye el diagnóstico de TSSTR (37). Con base en lo anterior se ha propuesto el desarrollo de rutas de atención para estos pacientes y así mejorar la eficiencia del cuidado en salud. Esto implica la necesidad de la detección y abordaje interdisciplinario tempranos de los TSSTR, sumado al involucramiento integral de la familia donde se logre a través de la psicoeducación la normalización de la participación del equipo psicosocial y la alineación de los esfuerzos hacia el cuidado más que hacia la curación del paciente (36,37). Nuestros resultados pueden orientar de manera inicial las rutas de atención para el HUSVF y para otras instituciones colombianas de tercer nivel con servicios de pediatría, ya que la población que se atiende en estos centros tiene problemáticas psicosociales muy similares y comparten la necesidad de recibir una atención interdisciplinaria estructurada e individualizada.

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra la obtención de datos a partir de la revisión de historias clínicas que, si bien implica datos faltantes y que la confiabilidad de la información reside en la calidad de los registros al no obtenerse los datos mediante instrumentos estandarizados y validados, la perspectiva que da la historia clínica es lo más parecido a la práctica real cotidiana de las instituciones. Otra limitación es que solo fueron tenidos en cuenta los pacientes con TSSTR interconsultados a psiquiatría, lo cual no permite ver el espectro completo de presentación de estos casos cuando son resueltos sin el apoyo de salud mental. Muchos de ellos pudieron ser remitidos a servicios ambulatorios y sería

interesante evaluar cómo nuestro sistema de salud influye en el manejo interdisciplinario que requieren. No obstante, este trabajo es uno de los primeros en Colombia que describen las características de esta compleja población y se puede sumar a otros esfuerzos encaminados a conocer mejor los TSSTR en nuestros NNA y en especial las diferencias entre los diferentes tipos de TSSTR en sus particularidades. Los pacientes podrían beneficiarse de investigaciones futuras que profundicen en los factores diferenciales para cada uno de los TSSTR, que incluyan a los pacientes ambulatorios y no atendidos por salud mental, datos del uso y costo de los recursos institucionales y evaluaciones de la eficacia de intervenciones terapéuticas aplicables en nuestros contextos sociales. Los estudios prospectivos y de pronóstico también serán de utilidad para conocer mejor el curso de estos cuadros clínicos y sus desenlaces a futuro para así diseñar estrategias más efectivas para su intervención.

CONCLUSIÓN

Los pacientes pediátricos con TSSTR hospitalizados en el HUSVF interconsultados a psiquiatría son en su mayoría adolescentes de sexo femenino, con comorbilidades de predominio ansioso y depresivo que se encuentran en contextos familiares y sociales complejos, por la presencia de adversidad. La participación de los equipos interdisciplinarios de atención es necesaria por las dificultades inherentes a sus presentaciones clínicas que en la mayoría de los casos constan de síntomas de dolor y síntomas neurológicos funcionales. Estos casos se benefician del diseño de estrategias que incluyan una atención biopsicosocial integral del paciente y su familia.

AGRADECIMIENTOS

A los doctores Ana Lucía Miranda, Juan David Palacio, Claudia Quintero y Sujey Gómez por su orientación en la elaboración del manuscrito artículo y al Hospital San Vicente Fundación por el apoyo en la realización de este proyecto.

REFERENCIAS

1. Kozłowska K, Sawchuk T, Waugh JL, Helgeland H, Baker J, Scher S, et al. Changing the culture of care for children and adolescents with functional neurological disorder. *Epilepsy Behav Reports*. 2021;16.
2. American Psychiatric Association", First MB, Panamericana". APA:Manual Diag. Diferencial del DSM-5 (Spanish Edition). 1st ed. Editorial Médica Panamericana S.A.; 2015.
3. Lieb R, Pfister H, Mastaler M, Wittchen HU. Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: Prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(3).
4. Essau CA, Conradt J, Petermann F. Prevalence, comorbidity and psychosocial impairment of somatoform disorders in adolescents. *Psychol Heal Med*. 1999;4(2).
5. Bujoreanu S, Randall E, Thomson K, Ibeziako P. Characteristics of Medically Hospitalized Pediatric Patients With Somatoform Diagnoses. *Hosp Pediatr*. 2014;4(5):283–90.
6. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform Disorders and Medically Unexplained Symptoms in Primary Care. *Dtsch Aertzblatt Online*. 2015;112:279–87.
7. Wiggins A, Court A, Sawyer SM. Somatic symptom and related disorders in a tertiary paediatric hospital: prevalence, reach and complexity. *Eur J Pediatr*. 2020;180(4):1267–75.

8. Ibeziako P, Randall E, Vassilopoulos A, Choi C, Thomson K, Ribeiro M, et al. Prevalence, Patterns, and Correlates of Pain in Medically Hospitalized Pediatric Patients With Somatic Symptom and Related Disorders. *J Acad Consult Psychiatry*. 2021;62(1):46–55.
9. Kozłowska K. Good children with conversion disorder: Breaking the silence. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2003;8(1).
10. Winding TN, Andersen JH. Do negative childhood conditions increase the risk of somatic symptoms in adolescence? – a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1–9.
11. Horwitz BN, Marceau K, Narusyte J, Ganiban J, Spotts EL, Reiss D, et al. Parental criticism is an environmental influence on adolescent somatic symptoms. *J Fam Psychol*. 2015;29(2):283–9.
12. Schulte IE, Petermann F. Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! *J Psychosom Res*. 2011;70(3):218–28.
13. Stephen CD, Fung V, Lungu CI, Espay AJ. Assessment of Emergency Department and Inpatient Use and Costs in Adult and Pediatric Functional Neurological Disorders. *JAMA Neurol*. 2021;78(1).
14. Garcia Mantilla JS, Vasquez Rojas RA. The Visible and Less Visible in the Suffering of a Conversion Disorder in Children and Adolescents. A Qualitative Study of Illness Explanatory Models Presented to Caregivers of Children and Adolescents with Conversion Disorder. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2018;47(3).
15. Kirmayer LJ, Young A. Culture and Somatization. *Psychosom Med*. 1998;60(4):420–30.
16. Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, Mostoufi S, Golnari G, Reis V, et al. Psychological

- trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2014;76(1).
17. Kozłowska K, Scher S, Helgeland H. *Functional Somatic Symptoms in Children and Adolescents*. Cham: Springer International Publishing; 2020.
 18. Faundez A, Otter T, Weinstein M, Severo L, Peyrín C. Análisis de la situación de la infancia y la adolescencia en Colombia 2010–2014 [Internet]. 2015. Available from: <https://www.unicef.org.co/sitan/assets/pdf/sitan.pdf>
 19. Mejía-Rodríguez D, Rodríguez R, Restrepo D. Sociodemographic Characterization and Psychiatric Symptoms of Patients With Medically Unexplained Symptoms in a Healthcare Institution in Medellín (Colombia). *Rev Colomb Psiquiatr.* 2019;48(2).
 20. Gao X, McSwiney P, Court A, Wiggins A, Sawyer SM. Somatic Symptom Disorders in Adolescent Inpatients. *J Adolesc Heal.* 2018;63(6):779–84.
 21. Puin SM. Patrón de presentación clínica y síntomas coincidentes en niños diagnosticados con el espectro somatomorfo, bajo los criterios DSM en pacientes atendidos en una institución pediátrica de Bogotá [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2018. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/62176/1/1014192699.2018.pdf>
 22. Thomson K, Randall E, Ibeziako P, Bujoreanu IS. Somatoform Disorders and Trauma in Medically-Admitted Children, Adolescents, and Young Adults: Prevalence Rates and Psychosocial Characteristics. *Psychosomatics.* 2014;55(6):630–9.
 23. Bisht J, Sankhyan N, Kaushal R, Sharma R, Grover N. Clinical Profile of Pediatric Somatoform Disorders. *Indian Pediatr* [Internet]. 2008;45:111–5. Available from: <http://www.indianpediatrics.net/feb2008/111.pdf>
 24. Romero-Acosta K, Canals J, Hernández-Martínez C, Penelo E, Zolog TC, Domènech-

- Llaberia E. Age and gender differences of somatic symptoms in children and adolescents*. *J Ment Heal.* 2013;22(1):33–41.
25. González SL, Coronel MF, Raggio MC, Labombarda F. Progesterone receptor-mediated actions and the treatment of central nervous system disorders: An up-date of the known and the challenge of the unknown. *Steroids.* 2020;153.
 26. Sharma AA, Szaflarski JP. Neuroinflammation as a pathophysiological factor in the development and maintenance of functional seizures: A hypothesis. *Epilepsy Behav Reports.* 2021;16.
 27. Campo J V. Annual research review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression - Developmental psychopathology in pediatric practice. Vol. 53, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines.* 2012.
 28. Lieb R, Meinlschmidt G, Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: An update. In: *Psychosomatic Medicine.* 2007.
 29. Shanahan L, Zucker N, Copeland WE, Bondy CL, Egger HL, Costello EJ. Childhood somatic complaints predict generalized anxiety and depressive disorders during young adulthood in a community sample. *Psychol Med.* 2014;45(8):1721–30.
 30. Cretton A, Brown RJ, Lafrance WC, Aybek S. What does neuroscience tell us about the conversion model of functional neurological disorders? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2020;32(1).
 31. Dang AT, Ho M, Kroenke K, Grupp-Phelan J. Maternal somatic symptoms, psychosocial correlates, and subsequent pediatric emergency department use. *Pediatr Emerg Care.* 2013;29(2).
 32. Weijers D, van Steensel FJA, Bögels SM. Associations between Psychopathology in

- Mothers, Fathers and Their Children: A Structural Modeling Approach. *J Child Fam Stud*. 2018;27(6).
33. Gupta V, Singh A, Upadhyay S, Bhatia B. Clinical Profile of Somatoform Disorders in Children. *Indian J Pediatr*. 2010;78(3):283–6.
 34. Malas N, Ortiz-Aguayo R, Giles L, Ibeziako P. Pediatric Somatic Symptom Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(2):1–11.
 35. Nacak Y, Morawa E, Tuffner D, Erim Y. Insecure attachment style and cumulative traumatic life events in patients with somatoform pain disorder: A cross-sectional study. *J Psychosom Res*. 2017;103.
 36. Ibeziako P, Brahmabhatt 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).
 37. Kullgren KA, Shefler A, Malas N, Monroe K, Leber SM, Sroufe N, et al. Taking the Pain out of Somatization: Development and Implementation of a Hospital-Based Clinical Practice Guideline to Address Pediatric Somatic Symptom and Related Disorders. *Hosp Pediatr*. 2020;10(2).
 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):e2011295.
 39. Bujoreanu S, White MT, Gerber B, Ibeziako P. Effect of timing of psychiatry consultation on length of pediatric hospitalization and hospital charges. *Hosp Pediatr*. 2015;5(5).