

# PSIQUIATRIA DE INTERCONSULTA Y ENLACE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Dra. María Dolores Picouto



HOSPITAL MATERNOINFANTIL  
UNIVERSITAT DE BARCELONA

Servicio de Psiquiatría-Psicología  
Hospital Sant Joan de Déu

18 de enero de 2014

# Contenidos

- Introducción a Psiquiatría de Interconsulta/Enlace en la infancia y adolescencia
  - Definición
  - Historia
  - Modelos de atención
  - Tipología de patología atendida y motivos de consulta
  - Particularidades en la evaluación y atención
- Trastornos somatomorfos y síntomas somáticos sin causa orgánica
- Conclusiones

# ¿Qué es la Psiquiatría de Interconsulta/Enlace?

- Subespecialidad dentro de la Psiquiatría
- “Que integra actividad clínica, docencia e investigación en la frontera entre la Psiquiatría y la Medicina”

# ¿Qué es la Psiquiatría de Interconsulta/Enlace en niños y adolescentes?

- Atención a manifestaciones psiquiátricas en pacientes pediátricos de otras disciplinas médicas/quirúrgicas
- Resolver consultas y colaborar con especialidades no-psiquiátricas en el manejo de pacientes con enfermedades médicas complicadas con comorbilidad psiquiátrica
- Contexto:
  - **Hospitales generales/materno-infantiles**
    - Ingresos
    - Urgencias
  - **Dispositivos ambulatorios**
    - Atención primaria: Programas de apoyo a primaria
    - Programas especiales

# Sinónimos

- **Interconsulta** en Psiquiatría Infantil
- Psiquiatría de **Enlace** en la Infancia y Adolescencia
- Medicina **Psicosomática** del Niño y Adolescente
- Otros (adultos):
  - “General Hospital Psychiatry”
  - “Psychological Medicine”
  - “Psychiatry of the Medically ill”
  - “Somatic Psychiatry”
  - “Somatic Medicine”

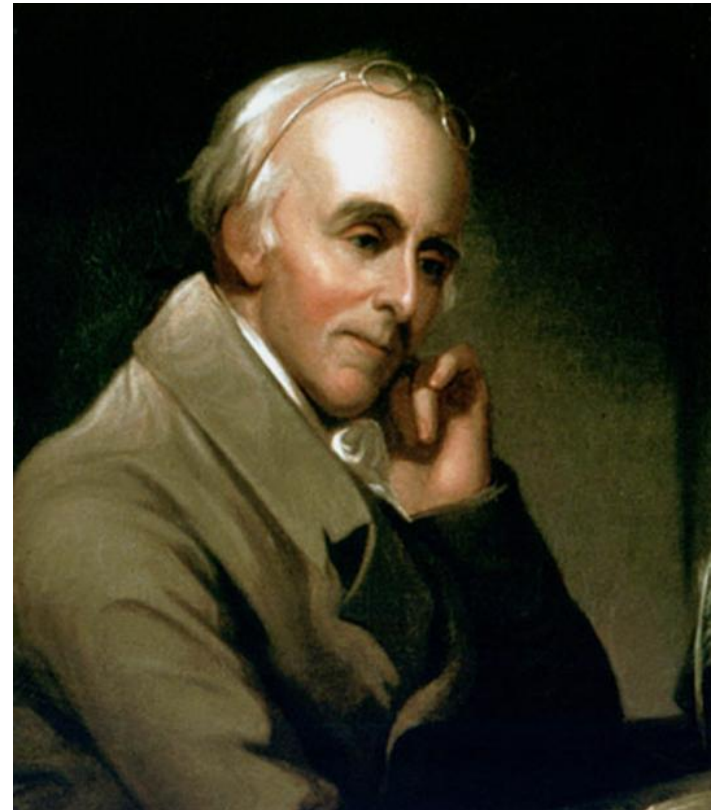
# Historia (I)

- René Descartes (1596-1650)
  - Dualismo mente-cuerpo
  - Influencia visión dicotómica de la enfermedad: mental o somática



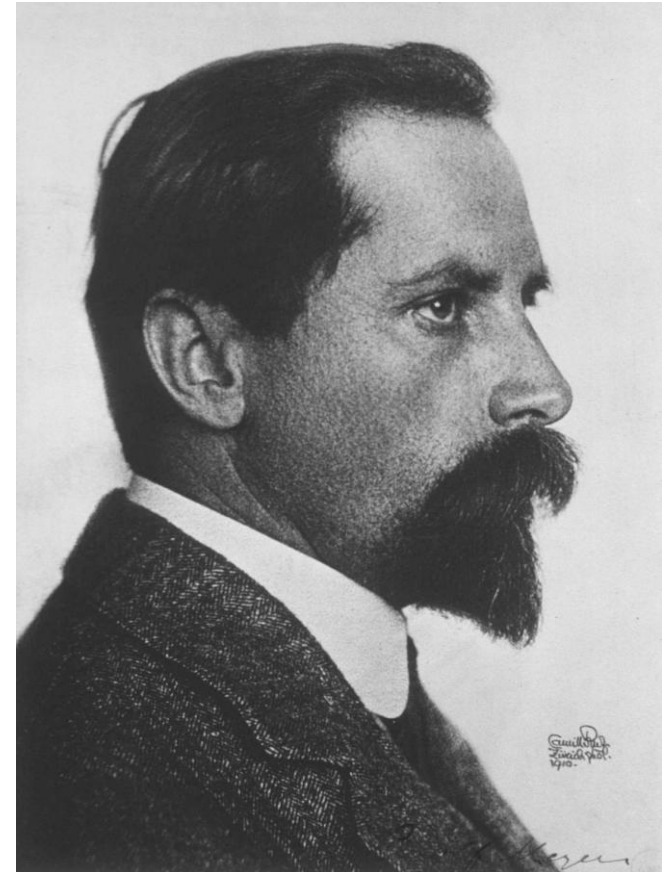
# Historia (II)

- Benjamin Rush (1746-1813)
  - Médico humanista americano
  - Libro: “Observaciones médicas en enfermedades de la mente”
  - Primero en apostar por la integración de la psiquiatría y la medicina



# Historia (III)

- Adolf Meyer (1866-1950)
  - Psiquiatra americano
  - Concepto de psicobiología
  - Estudio de la persona en el contexto de la situación física, psicológica y social





# Historia (IV)

- 20´<sup>s</sup> y 30´<sup>s</sup>
  - Medicina Psicosomática: Primeras observaciones de cómo los factores psicológicos influyen en la etiología y curso de las enfermedades médicas de algunos pacientes
  - Primeros Servicios de Psiquiatría (adultos) en Hospitales Generales americanos
- Desarrollo de IC en los años 60´<sup>s</sup> y 70´<sup>s</sup>
- Estancamiento por dificultades de financiación a partir de los años 80´<sup>s</sup>

# Historia (V)

- Interconsulta en Psiquiatría Infantil
  - A finales del s. XIX surge la Pediatría como especialidad ligada a la Medicina General (separada de la Psiquiatría)
  - Acercamiento entre Psiquiatría-Pediatría a partir de los 70´s
    - Primeras unidades Psiq Infantil en hospitales generales/infantiles
  - IC psiquiatría infantil situación más precaria que adultos
  - Marcadas diferencias geográficas en la disponibilidad de equipos de IC en Psiquiatría Infantil

# Objetivos de la Interconsulta en PI

- Proporcionar atención integral al paciente pediátrico
  - Atendido en un entorno “no psiquiátrico”
- Evaluando y tratando las necesidades emocionales del niño y de su familia
  - Impacto de la enfermedad en la familia y viceversa
- Dando apoyo a otros especialistas en el manejo de pacientes con enfermedades mentales ingresados en unidades de Pediatría/Otras especialidades médicas/quirúrgicas

# Objetivos secundarios

- Asesorar en la evaluación de la competencia para aceptar o rechazar tratamientos
- Formación en Salud Mental a equipos/profesionales “no psiquiátricos”
- Colaborar con otros especialistas en investigación en patologías en la frontera entre la enfermedad física/mental
- Apoyo al equipo médico en la gestión de la respuesta emocional ante la enfermedad
  - Prevención de “*burn-out*”

# Modelos de atención (I)

## ■ “Interconsulta”

- Funcionamiento independiente psiquiatra-equipo de pediatría
- El médico encargado del caso es el responsable de detectar necesidad de atención
- El psiquiatra realiza una evaluación e intervención independiente
- Fundamentado en una visión dicotómica de la enfermedad (enfermedad somática o mental)
- Generalmente “caso a caso”

# Modelos de atención (II)

- “Enlace” (“*Liaison*”)
  - Integración del psiquiatra en el equipo
  - Colaboración continua entre profesionales de salud mental/pediatría
  - Intervención por protocolo, todos los pacientes
  - Favorece la detección e intervención temprana
  - Fundamentado en una visión multifactorial de la enfermedad
  - Gran inversión de tiempo
  - Muy costoso
  - Se suele reservar para programas especiales
    - Psico-oncología
    - Intentos de suicidio

# Modelos de atención (III)

- “Mixtos”
  - La mayoría de los hospitales
  - Atención rutinaria/ pacientes seleccionados:
    - Tipo de enfermedad y gravedad
    - Número de derivaciones
    - Disponibilidad de recursos

# Enfoque

- Abandonar visión dicotómica de la enfermedad “orgánica o mental”
  - Generalmente enfermedad médica y mental coexisten
- Visión multifactorial de la enfermedad y sus síntomas
  - “Why is this patient ill, in this way, at this time?” (Lipowski, 1968)
  - Formulación bio-psico-social (Engel, 1977)
- Diagnóstico y tratamiento requiere equipo multidisciplinar



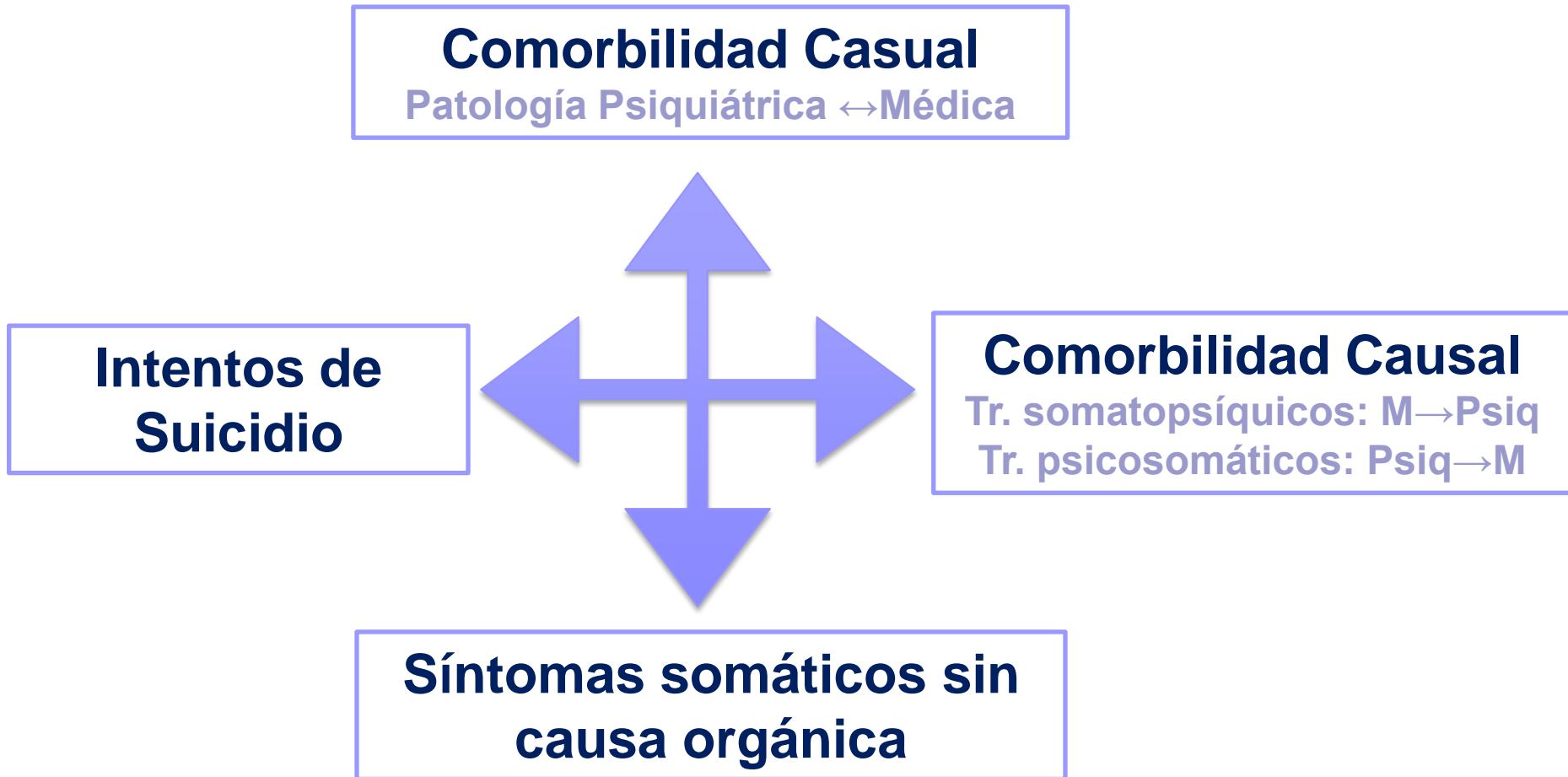
# Formulación Bio-Psico-Social

<b>FACTORES ETIOLÓGICOS</b>	<b>BIOLÓGICOS</b>	<b>PSICOLÓGICOS</b>	<b>SOCIALES/FAMILIARES</b>
<b>PREDISPONENTES</b>			
<b>PRECIPITANTES</b>			
<b>PERPETUANTES</b>			

# Enfoque

- Abandonar visión dicotómica de la enfermedad “orgánica o mental”
  - Generalmente enfermedad médica y mental coexisten
    - Ej. Tasas de mortalidad más elevadas en trastornos mentales
- Visión multifactorial de la enfermedad y sus síntomas
  - “Why is this patient ill, in this way, at this time?” (Lipowski, 1968)
  - Formulación bio-psico-social (Engel, 1977)
- Diagnóstico y tratamiento requiere equipo multidisciplinar

# Tipología de patología atendida



# Motivos de consulta

## Practice Patterns in Pediatric Consultation–Liaison Psychiatry *A National Survey*

---

RICHARD J. SHAW, M.B., B.S., MARIANNE WAMBOLDT, M.D.  
BRENDA BURSCH, PH.D., MARGARET STUBER, M.D.

*The purpose of this survey was to describe the current status of pediatric consultation–liaison (C–L) services in the United States. A total of 144 pediatric C–L programs were surveyed, with a response rate of 33%. Financial and staffing constraints were cited as common problems; 61% of programs reported an increase in consultation requests over the past 5 years, however, 30% of services reported a decrease in funding. Collection rates for professional billings average 30%; 57% of services reported an increase in clinical service demands at the expense of teaching and liaison activities. Discussion includes recommendations based on the results of the survey.*

(Psychosomatics 2006; 47:43–49)

# Motivos de consulta (I)

## ■ Más frecuentes:

- Trastornos adaptativos (ánimo deprimido/ansiedad) y TEPT en niños con patologías somáticas
- Evaluación intentos de suicidio

## ■ Frecuencia intermedia:

- Falta de adherencia al tratamiento
- Diagnóstico diferencial de cuadros somatomorfos
- Alteraciones de conducta
- Evaluación de tratamiento psicofarmacológico
- Trastornos adaptativos y TEPT en padres

# Motivos de consulta (II)

- Infrecuentes:
  - Evaluación/Inicio tratamientos psicofarmacológicos padres
  - Delirium
  - Evaluaciones previas a transplante
  - Manejo del dolor

# Particularidades de la Evaluación (I)

- Análisis de la demanda
  - Quién la hace (petición del médico, familia....)
  - Cuándo
  - Aclarar objetivos
    - Conflictos equipo médico-paciente/familia
    - Dilemas éticos encubiertos
  - Ajustar expectativas-realistas
- Trabajo previo a la derivación por parte del equipo médico

# Particularidades de la Evaluación (II)

- Flexibilidad y disponibilidad de tiempo
  - Dificultades espacio
  - Falta de intimidad en habitaciones compartidas...
  - Asesoramiento al equipo médico sin evaluar directamente al paciente
- Psiquiatra debe tener sólidos conocimientos médicos
  - Leer (y comprender) la historia clínica!!
  - Pruebas realizadas, plan terapéutico, pronóstico....
  - Evaluación de efecto de medicación psicotropa sobre enfermedad médica e interacción con tratamientos



# Particularidades de la Evaluación (II)

- Flexibilidad y disponibilidad de tiempo
  - Dificultades espacio
  - Falta de intimidad en habitaciones compartidas...
  - Asesoramiento al equipo médico sin evaluar directamente al paciente
- Psiquiatra debe tener sólidos conocimientos médicos
  - Leer (y comprender) la historia clínica!!
  - Pruebas realizadas, plan terapéutico, pronóstico....
  - Evaluación de efecto de medicación psicotrópica sobre enfermedad médica e interacción con tratamientos

# Particularidades de la Evaluación (III)

- Evaluación bio-psico-social
- Perspectiva evolutiva
  - A la hora de evaluar síntomas de malestar psicológico
  - Capacidad para comprender la enfermedad y los tratamientos
    - Ej. Pensamiento mágico-culpa en niños de 3-6 años
  - Requerir conformidad con los tratamientos
- Impacto de la enfermedad en:
  - Funcionamiento escolar
  - Funcionamiento social

# Particularidades de la Evaluación (IV)

- Papel de la familia!!!!
  - Impacto de la enfermedad en la familia
    - Cohesión/desintegración
    - Trastornos mentales (madres)
    - Hermanos: abandono, aumento de responsabilidades...
    - Económico...
  - Impacto de la familia sobre la enfermedad
    - Factores precipitantes/mantenedores de los síntomas
    - Experiencias previas con la enfermedad/fallecimientos
    - Actitud de sobreprotección/negación/rigidez/desorganización
    - Culpa (accidentes de tráfico, enfermedades hereditarias)
  - Relación padres-equipo

# Dificultades/Retos en la Intervención (I)

- Interacción “con” vs. “sobre” el equipo médico-multidisciplinar
  - Trabajo conjunto, colaboración/“*feed-back*”
  - Diferente visión de la enfermedad (dicotómica vs multifactorial)
  - Superar prejuicios y estigmas hacia el enfermo mental
    - Muchos especialistas incómodos con pacientes psiquiátricos o contratransferencia negativa en somatizaciones
  - Barreras lingüísticas: Ojo con jerga psiquiátrica!!

# Dificultades/Retos en la Intervención (II)

- Ausencia de guías de práctica clínica
  - Escasa investigación de calidad
    - Pocos recursos
    - Dificultades metodológicas: Pacientes con comorbilidad excluidos de los ensayos clínicos
  - Ausencia de evidencia apoyando intervenciones
- Intervenciones psicofarmacológicas
  - Conocimientos de efecto sobre enfermedad médica
  - Interacciones con otras medicaciones
- Psicoterapias
  - Breves
  - Falta espacio/*setting* adecuado

# Dificultades/Retos en la Intervención (III)

- Traslado de pacientes complejos a plantas de Psiquiatría
  - Cuándo
  - Cómo
- Trabajar con dos “clientes”
  - El pediatra y el paciente
  - Psiquiatra como mediador
- Transferencia
  - En el trabajo con niños gravemente enfermos: sentimientos de tristeza, frustración, impotencia, desamparo...
- Financiación
  - Medicina/Salud Mental, unidades infradotadas....

# **Trastornos somatomorfos y síntomas somáticos sin causa orgánica**

# Definición

- **“Somatización”**: Quejas subjetivas de síntomas físicos
  - Sin clara patología orgánica asociada
  - Las quejas y limitaciones exceden lo justificable por la presencia de patología física.
  - Producción de síntomas es inconsciente
  - Manifestación de malestar psicológico
- Sinónimos:
  - “Síntomas somáticos funcionales”
  - “Medically unexplained symptoms”



# Epidemiología (I)

- Pocos datos sobre incidencia y prevalencia de trastornos somatomorfos en la infancia y adolescencia
- Síntomas físicos sin causa orgánica muy frecuentes en población pediátrica
  - 24,1 % Muestras no clínicas de población española
    - 2-5% síntomas recurrentes, problemáticos
  - 10% pacientes consultas de pediatría/médicos de cabecera
    - 25-50% contribución importante factores psicológicos
  - 8% Interconsultas hospitalarias

# Epidemiología (II)

- Dolor, síntoma más frecuente
  - Dolor abdominal recurrente
  - Cefaleas
  - Dolores articulares/musculares
- Trastornos conversivos son raros
  - Incidencia 1,3-4,2/100.000 niños

# Epidemiología (III)

- La mayor parte transitorios/desaparecen al tranquilizar al paciente/padres en la consulta
- Una pequeña parte persiste/se complica con más síntomas
  - Predisponen a trastornos de somatización en el adulto
  - Asociación con otros trastornos funcionales, trastornos de ansiedad/depresión
    - Sugiriendo pato-fisiología común
  - Asociación probabilidad de trastorno mental-número de síntomas

# Repercusión

- Uso innecesario de recursos médicos:
  - **Visitas pediatra, ingresos, pruebas diagnósticas y tratamientos**
    - Con frecuencia empeorando/reforzando los síntomas
    - Iatrogenia y efectos secundarios
- Absentismo escolar
- Impacto en la familia
  - **Económico, laboral, sobre otros hermanos....**

# Factores etiológicos

- Multifactorial: factores individuales, familiares y ambientales
- Predisponentes:
  - Personalidad ansiosa, sensitiva; sustrato biológico; pat física familia
- Precipitantes:
  - Estresores sociales; problemas académicos o relacionales; enf física
- Refuerzo por:
  - Estilos de crianza- Sobreprotección
  - Beneficios asociados al rol de enfermo
    - Enfermedad física provocando cuidados extraordinarios
    - Evitación de responsabilidades y retos (p.ej. absentismo escolar)
    - Otras ganancias secundarias: regalos, premios, tiempo con abuelos....

# Recomendaciones para la evaluación (I)

- Realizar una historia detallada de él/los síntomas
- Reconocer el sufrimiento del paciente y la preocupación de la familia
  - Pacientes se quejan de que el resto piensa que “se inventan los síntomas”, o que se los autoprovocan (d/d con tr. facticio!!)
  - Vergüenza, enfado....
- Explorar experiencias previas negativas de valoraciones y tratamientos médicos/psiquiátricos
  - También experiencias de familiares que provocan desconfianza

# Recomendaciones para la evaluación (II)

- Explorar temores que desencadenan los síntomas en el paciente y su familia
  - La “*belle indifference*” no tiene por qué estar presente en niños (27%)
- Permanecer alerta ante la existencia de una patología orgánica que no se ha detectado
  - Psiquiatra con conocimientos médicos
  - Revisar la historia clínica y las pruebas realizadas
  - Utilizar un modelo de formulación bio-psico-social y no cartesiano dualista
  - Evitar el diagnóstico por exclusión
    - Enfermedad psiquiátrica y médica pueden coexistir!!

# Recomendaciones para la evaluación (III)

- Evitar pruebas y tratamientos innecesarios
  - Iatrogénicos
  - Transmite inseguridad por parte del médico, exacerbando los síntomas
  - Difícil decidir hasta donde llegar
    - Es imposible descartar al 100% la presencia de una patología física.
    - Equilibrio ansiedad del médico-familia/riesgos y coste
- Diferentes fuentes de información
  - Recoger historia escolar de padres y profesores



# Recomendaciones para la evaluación (IV)

- “Pistas” sugestivas de alto componente psicológico en el síntoma
  - Relación temporal con estresores psicosociales
  - Presencia trastornos psiquiátricos comórbidos (especialmente trastornos de ansiedad/depresión)
  - Antecedentes familiares/personales de somatizaciones
  - Síntoma incongruente con los patrones de distribución anatómicos
  - Refuerzo del síntoma por parte de la familia/sociedad
    - Ganancias secundarias por el “rol de enfermo”
    - Dificultades escolares
  - ¿Respuesta al tratamiento psicológico, sugestión o placebo?

# Devolució

- Exponer al paciente y su familia el diagnóstico de forma clara y honesta
  - No apoyarse en los resultados negativos de las pruebas
  - Formulación bio-psico-social
  - Cuidado con transmitir sensación de vergüenza!!
    - Las somatizaciones son problemas frecuentes y reales!!
- Con ayuda la evolución puede ser muy buena
  - Aun sin estar totalmente clara la etiología
  - Importancia de “trabajar juntos”

# Tratamiento (I)

- No hay estudios metodológicamente sólidos
- Acordar objetivos funcionales con el paciente, su familia y profesionales implicados (en vez de trabajar hacia la “curación”)
  - No pretender la desaparición de los síntomas
  - Sino reincorporación escolar, funcionamiento familiar, social, disminución del uso de servicios médicos
  - Recuperar funcionamiento previo a pesar de los síntomas
    - Cambiar responsabilidad del “éxito” del médico al paciente/padres
- Intervenciones fundamentalmente no farmacológicas

# Tratamiento (II)

- Elaboración de un plan individualizado de tratamiento
  - Enfoque “rehabilitador” y con frecuencia multidisciplinar
  - Coordinación entre pediatra-psiquiatra-familia-escuela
    - Un solo profesional encargado de la coordinación
  - Trabajo con el paciente; TCC, relajación, resolución de problemas...
  - Trabajo con la familia
    - Cuestionar percepción de vulnerabilidad y actitud de “pena”
    - Transmitir seguridad, confianza en sus capacidades
    - Refuerzo positivo de las conductas deseables, extinción
    - Retirada de ganancias secundarias por rol de enfermo
  - Trabajo con la escuela

# Tratamiento (III)

- **Tratamientos farmacológicos**
  - No estudios en somatización en población infanto-juvenil
  - Útiles para tratar patología psiquiátrica comórbida (ansiedad/depresión)
    - ISRS
    - BZD
- **No usar placebo!!**
  - No es ético
  - Refuerza la idea de que el síntoma tiene una causa orgánica
  - Callejón sin salida si el placebo no es efectivo

# Pronóstico

- 85% recuperados a los 4 años
  - Si bien un 30% sufren un trastorno del humor/ansiedad
  - Factores de buen pronóstico:
    - Buen ajuste premórbido
    - Progenitores sin psicopatología
    - Circunstancias sociales favorables
- < 10% desarrollan una enf física explique síntomas!!!

# Conclusiones

- La salud física y la mental están inevitablemente unidas
- En los pacientes pediátricos con patologías “médicas” las necesidades emocionales frecuentemente pasan desapercibidas y no reciben atención adecuada
- Las unidades de Psiquiatría Infantil de Enlace deberían dar cobertura a estas necesidades y estar disponibles de rutina
- Hacen falta estudios metodológicamente sólidos que evalúen las intervenciones realizadas en psiquiatría de enlace

# Conclusiones

- Los síntomas somáticos sin causa orgánica son frecuentes en la infancia y adolescencia y pueden ser una manifestación de malestar psicológico
- En casos graves, pueden interferir con el funcionamiento familiar, escolar y social del niño y dar lugar a una búsqueda de tratamientos médicos que puede ser peligrosa
- Abordaje bio-psico-social para evaluar factores individuales, familiares y sociales que predisponen/precipitan/mantienen los síntomas
- Tratamiento multidisciplinar individualizado con especial énfasis en el trabajo con la familia



**MUCHAS GRACIAS**