

M^a J. Mardomingo
E. Parra
A. Espinosa
M^a C. Díaz

La interconsulta de Psiquiatría en el Hospital Infantil

Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil
Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Madrid.

Consultation-liaison psychiatry in pediatric hospitals

Correspondencia

M^a Jesús Mardomingo
Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
C/ Doctor Esquerdo, 46.
28007 Madrid.

Ponencia Oficial. XXXII Reunión Anual SEPIJ. Valencia

RESUMEN

La interconsulta de psiquiatría en el hospital infantil ha experimentado un considerable impulso en los últimos años y probablemente alcanzará una mayor complejidad y desarrollo en el futuro, no en vano un nuevo concepto de Psiquiatría del niño y adolescente, definida como especialidad médica, está ganando paso entre los médicos y en la sociedad en general. El pediatra remite a psiquiatría aproximadamente el 20% de los pacientes que ve y la estrecha colaboración entre ambos especialistas resulta indispensable.

PALABRAS CLAVE

Interconsulta de psiquiatría; Psiquiatría de enlace; Niños y adolescentes.

ABSTRACT

Pediatric consultation-liaison psychiatry is undergoing change and may be expected to exhibit major growth in the near future, in part because of the new concepts about Child and Adolescent Psychiatry emerging through medical staff and society. About 20% of infants, children and adolescents seen by pediatricians are in need of mental health services. Good collaboration between Pediatricians and Child and Adolescent Psychiatrics is needed.

KEY WORDS

Psychiatry consultation; Liaison psychiatry; Children; Adolescents.

216 La pediatría ha experimentado en las últimas décadas un desarrollo científico extraordinario, situándose de una vez por todas al mismo nivel que la medicina del adulto. Este desarrollo ha sido posible gracias al enorme impulso de las especialidades pediátricas, desde la nefrología -por poner un ejemplo de especialidad altamente tecnificada- hasta la psiquiatría infantil⁽¹⁾.

El diagnóstico correcto de los trastornos pediátricos y el tratamiento más adecuado y eficaz, requiere la estrecha colaboración entre los pediatras generales y el resto de los especialistas. Esta colaboración adquiere un carácter relevante y especial cuando se trata de la psiquiatría infantil. De hecho, la colaboración del pediatra es fundamental para el diagnóstico precoz de muchos trastornos psiquiátricos. El pediatra puede ser el primer profesional que sospeche la existencia de un trastorno profundo del desarrollo, una depresión, una esquizofrenia, una anorexia nerviosa, una fobia escolar, una situación de maltrato o privación emocional, un retraso del lenguaje o un trastorno específico del desarrollo. El pediatra atiende muchas veces al niño durante años, conoce los antecedentes obstétricos y el desarrollo psicomotor así como los antecedentes patológicos y familiares, las características de la interacción familiar y acontecimientos vitales que pueden ser importantes para el diagnóstico.

Por otra parte la colaboración del psiquiatra infantil es imprescindible en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas, el SIDA, las enfermedades psicosomáticas, las situaciones de divorcio y separación de los padres, el retraso mental, las enfermedades neurológicas o el síndrome de Munchausen por poderes⁽²⁾.

El desarrollo de las especialidades pediátricas ha tenido lugar, de modo preferente, en los hospitales infantiles y departamentos de pediatría de los hospitales generales, por tanto, la interconsulta de psiquiatría, que no es menos importante en los servicios de atención primaria, cuenta con una experiencia reconocida en muchos de estos centros⁽³⁾.

CARACTERÍSTICAS DE LA INTERCONSULTA DE PSIQUIATRÍA

El pediatra remite al psiquiatra infantil del 11%⁽⁴⁾ al 20%⁽²⁾ de todos los niños y adolescentes que ve. Esta

cifra puede ascender hasta un 40% cuando se trata de niños que viven en situaciones de riesgo familiar y social^(5,6), como son la pobreza, las áreas marginales de las grandes ciudades, el desempleo, la adicción a drogas, la delincuencia, las enfermedades psiquiátricas y los trastornos en la interacción familiar, ya que en estas circunstancias aumentan la morbilidad pediátrica y psiquiátrica.

La interconsulta con psiquiatría en los hospitales infantiles procede tanto de la pediatría general, como de las demás especialidades médicas y quirúrgicas. Y abarca el 55% de todos los pacientes que se atienden; de éstos el 30% proceden de la planta y el 70% de la consulta externa⁽²⁾. De hecho la psiquiatría infantil comparte con la neuropsiquiatría el 40% de los pacientes y con la pediatría general el 24,6%.

Otras especialidades que requieren colaboración habitual son la gastroenterología, alergia, traumatología, otorrino, cuidados intensivos, oncohematología, nefrología e inmunología⁽²⁾.

La interconsulta con psiquiatría tiene unas características específicas que la diferencian del resto.

1. La primera de estas características es que la petición de consulta rara vez procede de los padres o del propio paciente, sino de otro médico o profesional que está en contacto con el niño. Esta circunstancia repercute en la relación médico-paciente que se establece, en la confidencialidad, en la relación con los padres y en el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas. En ocasiones, los padres y el paciente se resisten, cuando no se oponen claramente, a la interconsulta, debido a los prejuicios sociales frente a la psiquiatría, a la ignorancia respecto de su carácter científico y al concepto mágico de las enfermedades psiquiátricas que aún persiste y del que participa no sólo la población general, sino también, muchos médicos en particular⁽⁷⁾.

2. Una segunda característica se refiere al motivo que suscita la interconsulta y a la finalidad de la misma. Así como en otras especialidades médicas, tanto el motivo como la finalidad están, en términos generales, bien definidos, en psiquiatría no sucede siempre lo mismo. La interconsulta puede tener como objetivo la búsqueda de un diagnóstico, pero otras veces, tiene su origen en problemas de interacción del paciente o de la familia con el médico o con el resto del personal, en problemas de los padres entre sí, o simplemente, en el hecho de que no se logra establecer el diagnóstico del paciente y

Tabla 1 Motivos de interconsulta

<i>Generales</i>	<i>Específicos</i>	
	<i>Urgencias</i>	<i>Planta</i>
Sospecha de trastorno psiquiátrico Sospecha de retraso mental o trastorno específico del desarrollo Diagnóstico diferencial con enfermedades pediátricas Enfermedades pediátricas con sintomatología psiquiátrica	Trastornos psicóticos Episodios de agitación Conductas agresivas Intentos de suicidio Crisis histéricas	Intentos de suicidio Trastornos depresivos Trastornos de ansiedad Anorexia nerviosa Enfermedades crónicas Trastornos de interacción familiar Maltrato Diagnóstico diferencial de enfermedades pediátricas

aunque no se objetivan datos o síntomas que sugieran un trastorno psiquiátrico, se pide la interconsulta con psiquiatría. Es decir, tiene su origen en un intento de psiquiatrización de enfermedades médicas cuyo diagnóstico se desconoce⁽⁹⁾.

Por tanto, la interconsulta de psiquiatría puede tener también motivaciones ocultas, que afectan al médico o profesional que la formula, a la familia y al resto del personal.

3. La tercera característica se refiere a la responsabilidad del médico respecto del paciente. Durante el proceso de interconsulta la responsabilidad última le corresponde al médico consultante y el psiquiatra tiene un papel asesor.

4. La interconsulta de psiquiatría puede tener como objetivo el estudio de un caso clínico, con sus múltiples ramificaciones, tal como se indicaba previamente, pero también puede tener como finalidad la asesoría y formación del propio personal médico y paramédico^(9,10). Este tipo de interconsulta es relativamente frecuente en cuidados intensivos, nefrología, oncología, unidades de SIDA y maltrato y en servicios de urgencias⁽¹¹⁾.

MOTIVOS DE INTERCONSULTA

Los motivos de interconsulta abarcan en líneas generales cuatro grandes apartados:

1. Sospecha de la existencia de un trastorno psiquiátrico en sentido estricto.
2. Sospecha de un retraso mental o de un trastorno específico del desarrollo.

3. Enfermedades pediátricas que plantean el diagnóstico diferencial con un trastorno psiquiátrico.
4. Enfermedades pediátricas que se acompañan de sintomatología depresiva, ansiosa o de otro tipo, como por ejemplo las enfermedades crónicas.
5. Un quinto motivo de interconsulta lo constituyen los trastornos en la interacción familiar, u otras circunstancias familiares y sociales que son factores de riesgo para el desarrollo del niño, de forma especial las situaciones de privación emocional y maltrato.

Los motivos de interconsulta procedentes de los servicios de urgencia y de la planta se exponen en la tabla 1 y tienen un carácter más específico. En la urgencia predominan los trastornos psicóticos, episodios de agitación, comportamientos agresivos, intentos de suicidio y crisis histéricas. En la planta predominan los trastornos depresivos y de ansiedad, los intentos de suicidio, anorexia y bulimia nerviosas, las enfermedades crónicas y el diagnóstico diferencial de enfermedades pediátricas.

El diagnóstico diferencial se plantea de modo preferente en las enfermedades neurológicas, gastrointestinales, endocrinológicas y alérgicas. Las enfermedades crónicas que suscitan con más frecuencia la consulta con psiquiatría son la diabetes, colitis ulcerosa, asma, epilepsia, cáncer y fracaso renal.

En los casos de la Cirugía Infantil dos importantes motivos de interconsulta son los traumatismos craneoencefálicos y los grandes accidentes, así como aquellas circunstancias que hacen sospechar un trastorno de estrés postraumático.

Tabla 2 Fases de la interconsulta

1. <i>Volante de petición</i>	Fecha Nombre y apellido del paciente Nº de historia Nº de cama o servicio Nombre del médico y teléfono Motivo de la consulta Urgencia
2. <i>Preparación del paciente por parte del pediatra</i>	Percepciones posibles de la familia: - abandono del médico - amenaza o castigo - desconocimiento del diagnóstico - búsqueda de la mejor atención y tratamiento
3. <i>Recogida de información</i>	Pediatra y residentes Enfermeras y auxiliares Historia clínica de pediatría
4. <i>Entrevista con los padres</i>	Presentación a los padres por parte del pediatra o de la enfermera
5. <i>Evaluación del niño</i>	Carácter privado Indicar el motivo de la consulta Conocimiento y comprensión del paciente de la propia enfermedad Miedos y expectativas Examen psiquiátrico
6. <i>Informe inicial</i>	Verbal a médico y enfermeras Por escrito en la historia clínica Atención a cuestiones urgentes Planificación de próximas visitas y estudios
7. <i>Informe definitivo</i>	

PLANTEAMIENTO DE LA INTERCONSULTA

La forma en que el médico u otro profesional comunica al paciente y a la familia la necesidad de la consulta con psiquiatría es esencial para el futuro trabajo del psiquiatra. El niño y los padres deben saber que:

- La interconsulta con psiquiatría tiene un carácter rutinario en el centro, se solicita de forma habitual y no es una señal de alarma.
- La interconsulta tiene como finalidad el estudio diagnóstico más riguroso del paciente y por tanto el tratamiento más completo y eficaz.
- La interconsulta no significa que el pediatra declina su responsabilidad sobre el paciente. Tampoco re-

presenta una forma de castigo, amenaza o venganza, frente a los problemas que el paciente y la familia plantean.

- La interconsulta se sustenta en la relación de mutua confianza y colaboración científica de los profesionales del hospital o de cualquier otro centro.

La relación de confianza del pediatra con el niño y con la familia, es un factor muy importante para que se establezca esa misma relación de confianza con el psiquiatra infantil.

Remitir un paciente a psiquiatría no es siempre una tarea fácil para el médico o para la enfermera y esto se debe, en primer lugar, a los múltiples prejuicios sociales y de los propios médicos frente a la psiquiatría y frente a los psiquiatras. Aunque resulte difícil creerlo, en la sociedad actual todavía permanece un concepto mágico de las enfermedades psiquiátricas, que se atribuyen a causas extranaturales, que siguen representando un deshonra o vergüenza y que en opinión de muchos se curan bien por propia voluntad del paciente o mediante remedios que quedan fuera del marco de la medicina científica.

Por lo que respecta a los médicos, la actitud de escepticismo, cuando no de declarada desconfianza, frente a la psiquiatría infantil, tiene su origen, en algunos casos, en el más absoluto desconocimiento del acervo de conocimientos, métodos y técnicas de la especialidad. Muchos médicos siguen viendo a los psiquiatras como un grupo de médicos frustrados que se entregan a discusiones bizantinas y a la especialidad como un divertimento desposeído de todo pragmatismo. No cabe ninguna duda que la ignorancia es libre, pero que los propios psiquiatras también tendrán alguna responsabilidad en esta situación.

La relación de respeto y confianza mutua entre el pediatra y el psiquiatra es imprescindible para la buena marcha del proceso de la interconsulta. El psiquiatra infantil debe reforzar la relación de confianza del pediatra con el paciente y con la familia, apoyar sus decisiones y transmitir a los padres la relación positiva que se da entre los dos profesionales. Lo mismo debe hacer el pediatra respecto al psiquiatra infantil^(12,13). Esto se traducirá en sentimientos de seguridad y confianza del niño y de los padres y en un diagnóstico y tratamiento más adecuados evitando situaciones de yatrogenismo.

FASES DE INTERCONSULTA

Las fases de la interconsulta se exponen en la tabla 2 y comprenden el volante de petición, preparación del paciente y de la familia por parte del médico o profesional que hace la petición, recogida de información por parte del psiquiatra tras recibir el volante, entrevista con los padres, evaluación del paciente, elaboración del informe inicial, y por último, elaboración por escrito del informe definitivo.

La petición de interconsulta debe hacerse siempre por escrito y haciendo constar, como mínimo, los datos reseñados en la tabla 2.

La preparación de los padres y del niño o adolescente para la interconsulta, es tan importante que, tal como se exponía en un apartado anterior, puede condicionar el éxito posterior.

La información sobre el caso objeto de consulta debe obtenerse del médico responsable, los residentes, otros especialistas que estén en contacto con el niño, las enfermeras y auxiliares y la historia clínica de pediatría. A continuación se mantiene la entrevista con los padres. Es deseable que la presentación del psiquiatra a los padres y al paciente la realice el pediatra o la enfermera responsable del niño.

La exploración del niño debe tener un carácter privado y es importante evaluar el concepto e información que tiene de su enfermedad, si conoce el motivo de la interconsulta con psiquiatría y los miedos y expectativas que le suscita. El examen psiquiátrico seguirá las mismas normas que en cualquier otra circunstancia.

A continuación se hará un informe verbal a médicos, enfermeras y a la familia y un informe por escrito en la historia clínica. Se prestará especial atención a las cuestiones urgentes y a la planificación de próximas visitas y exploraciones complementarias. Por último se elaborará el informe definitivo.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas de la interconsulta merecen una mención especial. En primer lugar deben tener en cuenta las características y los servicios disponibles en el hospital, de tal forma que su ejecución se sitúe en el ámbito de lo posible⁽³⁾. Estas recomendaciones no serán siempre iguales en un hospital de atención terciaria que en un hospital con menor dotación. Por ejemplo, recomendar la continuidad del personal y la atención personalizada en la asistencia al paciente, puede ser muy problemático en un hospital altamente tecnificado, con rotación frecuente del personal, tanto residentes como enfermeras, que tiene como objetivos prioritarios la obtención y publicación de buenos resultados. Por otra parte aconsejar medidas que sobrepasan los medios del propio hospital, rara vez se traduce en la mejoría del paciente y sí en sentimientos de frustración y resentimiento por parte del pediatra.

Como casi siempre en medicina, la cantidad y calidad de los conocimientos del psiquiatra, la experiencia y el buen juicio, son factores fundamentales para el éxito de la interconsulta.

CONCLUSIÓN

El progresivo reconocimiento de la psiquiatría del niño y del adolescente como una especialidad médica más, por parte de los médicos y de la sociedad, se traducirá en el desarrollo de los servicios de interconsulta, dentro y fuera del hospital pediátrico, y en una mejor asistencia a los niños y a los adolescentes. Esta colaboración entre distintas disciplinas es imprescindible para la mejor comprensión de los mecanismos etiopatogénicos de las enfermedades y para la implantación de medidas preventivas y terapéuticas más eficaces.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Mardomingo MJ. Historia de la psiquiatría del niño y del adolescente. En: Mardomingo MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes*. Madrid, Díaz de Santos, 1994.
- 2 Mardomingo MJ. Relaciones entre Pediatría y Psiquiatría del niño y del adolescente. Revisión. *Acta Pediátrica Española* 1994.
- 3 Fritz GK, Mattison RE, Nurcombe BN y cols. *Child and adolescent mental health consultation in hospitals, schools and courts*. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
- 4 Stocking M, Rothney W, Grosser G y cols. Psychopathology in the pediatric hospital: Implications for community health. *Am J Public Health* 1972;62:551-556.
- 5 Garralda ME, Bailey D. Psychiatric disorders in general pediatric referrals. *Arch Dis Child* 1989;64:1727.
- 6 Starfield B, Katz H, Gabriel A y cols. Morbidity in childhood: A longitudinal view. *N Engl J Med* 1980;310:251.

- 220
- 7 Greene CM. Mutual collaboration between child psychiatry and pediatrics: Resistances and facilitation. *J Dev Behav Pediatr* 1984;**5**:315.
 - 8 Lewis ML, Vitulano LA. Child and adolescent psychiatry consultation-liaison services in pediatrics: What messages are being conveyed?. *J Dev Behav Pediatr* 1988;**9**:388.
 - 9 Kaplan G. *The theory and practice of mental health consultation*. New York, Basic Books, 1970.
 - 10 Tarnow JD, Gutstein SE. Systemic consultation in a general hospital. *Int J Psychiatry Med* 1982;**12**:161-185.
 - 11 Mrazek D. Pediatric hospitalization: understanding the stress from a developmental perspective. En: Christie M, Mellet P (eds). *The Psychosomatic Approach: Contemporary Practice of Whole-Person Case*. New York, Wiley 1986:164-196.
 - 12 Bergman AS, Fritz GK. pediatricians and mental health professional: Patterns of collaboration and utilization. *Am J Dis Child* 1985;**139**:155.
 - 13 Fritz GK, Bergaman AS. Child psychiatrists seen through pediatricians eyes: Results of a national survey. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985;**24**:81.