

**J. San Sebastián Cabasés**  
**M. J. Martín Vázquez**

Interconsulta paidopsiquiátrica  
en hospitalización pediátrica.  
Estudio retrospectivo

Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil  
Servicio de Psiquiatría  
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Correspondencia:**

J. San Sebastián Cabasés  
Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil  
Hospital Ramón y Cajal. Crtra. de Colmenar, Km 9,100  
23034 Madrid

*Consultation-liaison  
paidopsychiatry in pediatric  
hospitalization. Retrospective  
study*

**RESUMEN**

La *Psiquiatría de enlace de niños y adolescentes* constituye una vertiente de la actividad paidopsiquiátrica en auge, cada vez más desarrollada, y, a pesar de las reticencias que supuso en su inicio, hoy día aceptada como esencial, cuando no imprescindible, en los hospitales que atienden a poblaciones infanto-juveniles. El presente trabajo constituye un estudio retrospectivo y descriptivo de la actividad llevada a cabo en un hospital general, por parte de una Unidad de enlace paidopsiquiátrico durante cuatro años y siete meses. Se presentan datos clínicos, sociodemográficos y relativos al tipo de demanda. Se concluye la necesidad de implantación de esta actividad, y lo útil de la misma.

**PALABRAS CLAVE**

Psicosomática infantil; Paidopsiquiatría de enlace;  
Hospitalización pediátrica.

**ABSTRACT**

*The Consultation-liaison psychiatry in children and adolescents is an aspect in rapid progression of the every time more developed paidopsychiatric activity. In spite of the insinuations at its beginning, this activity is currently accepted as essential if not indispensable in hospitals looking after children-young population. This work is a retrospective and descriptive study of the activity performed, in patients admitted in a general hospital, by part of a Consultation-liaison paidopsychiatric service during 4 years and 7 months. There are clinical and sociodemographic data showed, and also the ones regarding sort of demand. It is concluded the implementation necessity of this activity and how useful it is.*

**KEY WORDS**

*Child's Psychosomatic; Consultation-liaison paidopsychiatry; Pediatric hospitalization.*

## 222 INTRODUCCIÓN

Desde hace más de 50 años existe la tendencia a la unificación de la medicina y la psiquiatría, tanto en los aspectos clínicos como en los docentes y de investigación<sup>(1)</sup>. El estudio de la naturaleza psicopatológica de ciertas enfermedades, las consecuencias psíquicas de otras y la influencia de los factores mentales en la evolución de casi todas, constituyen un reto apasionante para la clínica, la organización de servicios y la investigación.

La patología psiquiátrica infanto-juvenil representa un porcentaje importante y creciente de los trastornos psiquiátricos en la población general. Además, la hospitalización constituye una circunstancia especialmente conflictiva en el niño y adolescente, produciendo efectos nocivos en su desarrollo personal, social y familiar y, en ocasiones, psicopatología. Por ello desde hace años se ha procedido a la instauración del trabajo conjunto, en equipo, de pediatras, psiquiatras y otros profesionales de la salud<sup>(2)</sup>, con arreglo al modelo de la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace de niños y adolescentes<sup>(3)</sup> para la detección y prevención de trastornos, tratamiento de los mismos, abordaje conjunto protocolizado de determinadas patologías y actuación sistemática en caso de grupos o unidades de "alto riesgo".

Debido al mejor pronóstico de enfermedades anteriormente mortales, la mayor importancia que ha adquirido la calidad de vida y la mayor preocupación por los sectores más débiles de la sociedad, se han estudiado ampliamente las interacciones entre los factores somáticos y psíquicos en las enfermedades infanto-juveniles, las secuelas psicopatológicas de la enfermedad, sobre todo de aquellas crónicas o que requieren intervenciones más drásticas, o de aquellas más graves *per se*, las consecuencias de la hospitalización en el niño a todos los niveles, las relaciones y comunicación con servicios pediátricos y de atención primaria<sup>(4)</sup>, la organización de servicios de Interconsulta paidopsiquiátrica<sup>(5-7)</sup> y otros elementos y factores que, en su conjunto, constituyen la Psiquiatría infanto-juvenil de enlace<sup>(7,8)</sup>.

En los últimos años, esta especialidad paidopsiquiátrica ha tomado tan gran auge, que ha sugerido la implantación de "Unidades Médico-Psiquiátricas", en lugar del tradicional servicio de Interconsulta y de Hospitalización<sup>(9)</sup>. Debido a todas estas razones, cada vez son más frecuentes las consultas entre servicios pediátricos y paidopsiquiatría, por lo que resulta imprescindible una buena coordinación entre ambos<sup>(9)</sup>.

Para ello es importante considerar las características de los pacientes remitidos a psiquiatría, de modo que se pueda conseguir la mejor adecuación de los medios existentes.

Graham<sup>(10)</sup>, analizando la adecuación de las remisiones de servicios pediátricos a psiquiátricos, aporta sus criterios, y concluye que, en líneas generales, son susceptibles de interconsulta:

- La presencia de trastornos de la conducta y de las emociones sin que resulte probable (o resultando ampliamente improbable) una causa física.
- Presencia de síntomas físicos sin que se demuestre una causa somática evidente.
- Presencia de causalidad somática clara, pero sin obtención de respuesta a la terapéutica convencional.
- Existencia de causalidad claramente física en el trastorno, pero habiéndose diagnosticado un problema psiquiátrico coincidente, en el niño o en su familia.
- En general, situaciones en las que el trastorno condicione algún grado de dificultad para las tareas habituales (incapacidad) y dure varias semanas, y sea tal que el propio pediatra se vea incapacitado por tiempo o preparación para tratarlo. A ello se añade la posibilidad de autismo o psicosis, enfermedad mental en uno o ambos padres (no depresión reactiva), o necesidad de medicación psicotrópica en el niño.

Varios autores<sup>(4,6,10)</sup> enfatizan las dificultades que presenta la remisión de un niño hacia los servicios pediátricos, en particular cuando, a juicio del pediatra, la naturaleza de los síntomas es fundamentalmente psicósomática<sup>(11)</sup>. En nuestra experiencia de trabajo en un Hospital General de gran relieve, una gran mayoría de pediatras no presenta reticencias en cuanto a la derivación o consulta con Psiquiatría Infanto-Juvenil y su grado de concienciación en cuanto a la importancia de los factores psicológicos en la enfermedad física y la colaboración con paidopsiquiatría es elevado, correspondiendo los temores y reticencias, sobre todo, a las familias de nuestros pacientes.

Se presenta un *Estudio descriptivo y retrospectivo* de la actividad llevada a cabo en la asistencia a pacientes *hospitalizados* menores de 17 años, en un Hospital General (Ramón y Cajal), por parte de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, en el período Enero 1989-Julio 1993 (4 años y 7 meses), con el *objetivo* de analizar las características sociodemográficas y clínicas de la muestra, el tipo y adecuación de remisiones y el grado de coordinación en el trabajo de interconsulta y enlace.

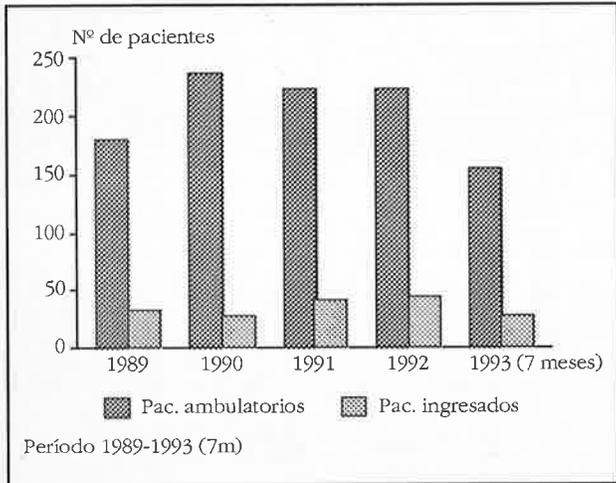


Figura 1. Número de Interconsultas, pacientes ingresados / ambulatorios.

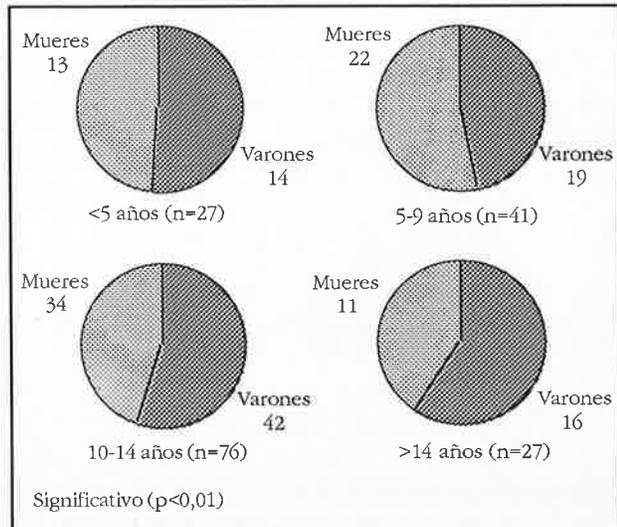


Figura 2. Distribución por sexos y edades.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se examinaron las historias clínicas y los datos estadísticos registrados, correspondientes a la muestra (N=171), extractando variables relativas a: Número de I.C. y distribución anual; edad, sexo y variables socio-demográficas; unidades y servicios demandantes de I.C. (en el hospital objeto de estudio, la distribución de camas se hace por subespecialidades pediátricas -secciones- en unidades más amplias o bien por unidades equivalentes a servicios); tipos de demandas y motivo de las mismas; diagnósticos pediátricos y somáticos; diagnósticos psiquiátricos según DSM III-R y actitud de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Se relacionan estos datos con variables como número de camas pediátricas, distribución por servicios y número y causa de los ingresos por año. Una vez categorizadas las variables se procesaron, relacionaron y compararon estadísticamente a través del programa informático "Sigma".

## RESULTADOS

Destaca, en primer lugar, el incremento creciente del número de I.C. de pacientes ingresados en los últimos tres años, sobre todo en relación al número de pacientes ambulatorios (Fig. 1).

La *Edad Media* fue de 11,3 años, y en la distribución por *sexos* aparece una mayoría de varones en todos los rangos de edad, excepto en el tramo comprendido entre 5 y 9 años. Los varones suponen en total el 53,2% de la muestra y las mujeres el 64,8%.

En la figura 2 puede observarse la distribución por sexos en distintos grupos de edades, siendo significativo el predominio de varones en el grupo de mayores de 14 años. El intervalo de edades comprendido entre 10 y 14 años fue el más representado (40,5%), seguido por el correspondiente a la población de 5 a 9 años (24,5%).

En cuanto a las *Unidades y Servicios consultantes* (Fig. 3), cabe destacar la alta frecuencia con que consultaron la Unidad de Hospitalización Pediátrica (50,4%), donde son ingresados los pacientes de Oncología, Gastroenterología, Neurología, Endocrinología, Pediatría General y Cirugía Pediátrica General y las unidades quirúrgicas (32,7%). Destaca la alta frecuencia relativa de I.C. por parte de las secciones de Oncología Pediátrica (13,5%) y Ortopedia Infantil (12,8%), así como la escasa demanda relativa (en relación con el número de camas e ingresos) de las unidades-servicios de Cardiología Pediátrica y Cirugía Cardíaca Pediátrica.

En relación con el *motivo de interconsulta y tipo de demanda* (Fig. 4), el más frecuente fue la valoración y

224

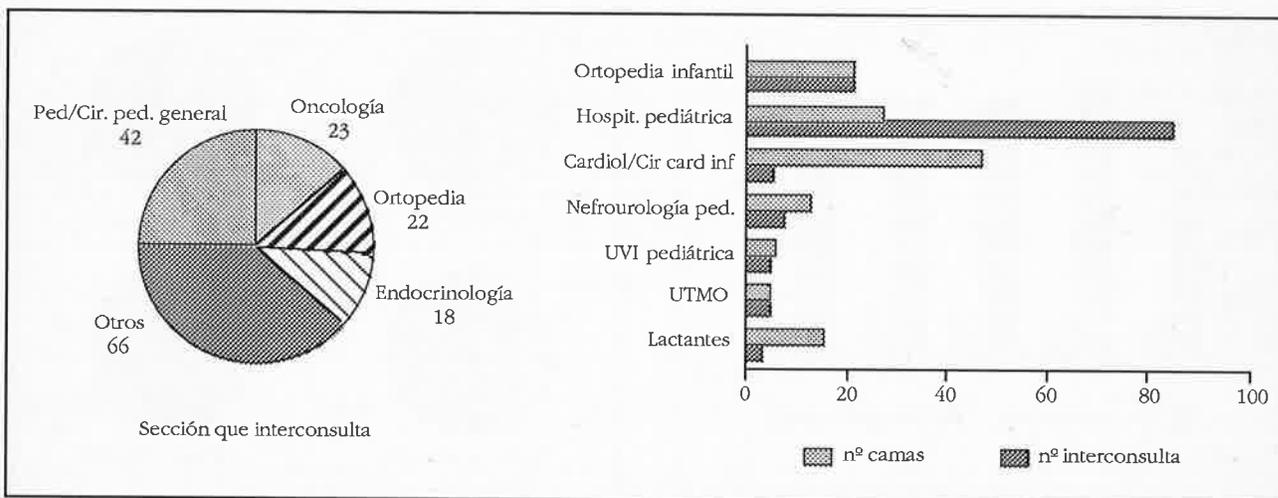


Figura 3. Unidades y secciones demandantes de interconsulta.

I.C. de unidades/servicios pediátricos en relación al nº de camas.

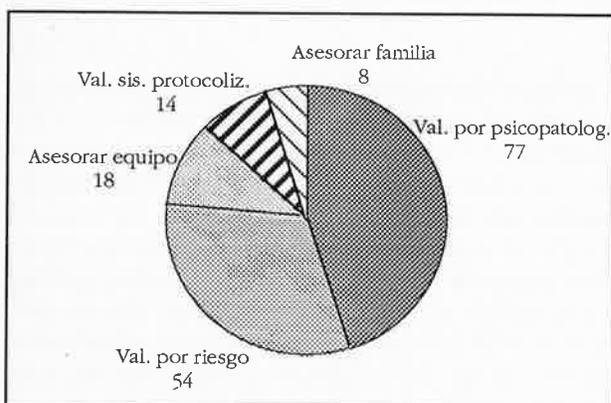


Figura 4. Motivos de interconsulta y tipos de demanda.

Tabla 1 Diagnóstico pediátrico/somático

Diagnóstico	%	Total
Alt. genéticas	7,1%	12
Tras. desarrollo	8,7%	15
Infecciones	4,1%	7
Tumores o Cánceres	22,8%	39
Pr. cardiovasculares	4,1%	7
Fibrosis quística	9,9%	17
Tras. alimentarios	7,1%	12
Intoxicaciones	3,5%	6
Accidentes	8,7%	15
Sospecha psicogenidad	11,1%	19
Otros	12,9%	22

Período 1989-1993 (7m).

tratamiento por detección previa de psicopatología (45% de los casos), seguido de valoración simple por riesgo (31,6%), incluyéndose en este grupo los intentos de suicidio (5 casos).

En la tabla 1 se representan los diagnósticos realizados, en la demanda, por los servicios pediátricos, habiéndose incluido entre éstos la "sospecha de causalidad psicógena en enfermedad física" y cualquier diagnóstico de enfermedad somática. Destacan entre ellos: "Tumores y enfermedades oncológicas" (22,8%), "Sospecha de causalidad psicógena" (11,1%) y "Fibrosis Quística del Páncreas" (9,9%).

El diagnóstico psiquiátrico se recoge en la tabla 2, siendo los más frecuentes: Trastorno Adaptativo (32,75%), Códigos V (22,8%) y Retraso Mental (11,7%). Cabe destacar la presencia de comorbilidad de diagnósticos entre los ejes 1 y 2 del DSM III-R en un 2% de los casos, y entre los ejes 1 y 3 en más del 87% de los casos.

En cuanto a la actitud por parte de la Unidad consultada, predominó el tratamiento mixto predominante farmacológico (31,6%) seguido del tratamiento mixto predominante psicoterapéutico (28%) (Tabla 3).

**Tabla 2 Diagnóstico psiquiátrico (eje 1 DSM III-R)**

Diagnóstico DSM III-R	Nº	%
Trastorno Adaptativo	56	32,75%
Códigos V	39	22,8%
Retraso Mental	20	11,7%
Trast. Conductas Pert.	11	6,4%
Trast. por Ansiedad	11	6,4%
Trast. Somatoformes	8	4,7%
Tr. Cond. alimentaria	8	4,7%
Trast. Facticios	6	3,5%
Trast. Eliminación	5	3%
Otros y ausencia diag.	7	4%

Periodo 1989-1993 (7 m).

**Tabla 3 Actitud de la Unidad de enlace**

Actitud del equipo	nº	%
Tratamiento mixto farmacológico	54	31,6%
Tratamiento mixto psicoterápico	48	28%
Otros tratamientos	9	5,3%
Orientación sociofamiliar	29	17%
Asesoría al Equipo Ped.	26	15%
Otros	5	3%

Periodo 1989-1993 (7m)

## DISCUSIÓN

Estos resultados, concordantes con estudios previos nuestros<sup>(1,2)</sup> y de otros autores<sup>(5)</sup> son expresivos de las especialidades características de las unidades pediátricas del Hospital (alto nivel de especialización, pacientes graves y crónicos, con patologías de sofisticado abordaje, etc.), así como de las características demográficas de la población asistida por el Centro (en cuanto a distribución por edades y sexos). Determinados resultados, como la escasa interconsulta por parte de servicios con elevado número de camas e ingresos, puede interpretarse por la muy diversa concepción que tienen los pediatras de distintos servicios de lo que supone la intervención paidopsiquiátrica y la necesidad de la misma, y también por la "tradición" establecida o la protocolización previa de la interconsulta. El creciente número de I.C. en los últimos años, puede explicarse por la tendencia progresiva a ingresar sólo los casos más graves o difíciles (con mayor riesgo psicopatológico), y a la mayor utilización de Unidades Especiales (por ejemplo, U.T.M.O., Diálisis o U.V.I.).

Es importante observar que la gran mayoría de pacientes (97%) obtuvieron un diagnóstico psiquiátrico en el eje 1 (Incluidos códigos V), o en el eje 2, lo que indica la adecuación de la I.C. paidopsiquiátrica y la capacidad de los servicios demandantes para detectar problemática psiquiátrica o adaptativa. La alta comorbilidad (más de un 87%) encontrada entre los ejes 1 y 3 es comprensible por el tipo de muestra utilizado (pacientes hospitalizados), e indica en qué medida tanto la enfermedad física como la especial situación de

estos pacientes constituye un factor de riesgo psicopatológico. No se analizó la comorbilidad en el eje 1, pues se optó, en el diseño, por extraer tan sólo el diagnóstico principal. No obstante, un número no escaso de pacientes presentaron más de un diagnóstico en dicho eje. En una ulterior fase, y con un diseño prospectivo, tenemos intención de analizar qué comorbilidad precisa se da en los ejes 1 y 2, dato que no se presenta en estos resultados por no considerarlo suficientemente fiable a la vista del tipo de diseño (retrospectivo).

Comparando los resultados obtenidos en nuestra muestra con los de otros estudios ( hemos encontrado muy pocos similares en la bibliografía consultada), observamos que tanto los *diagnósticos* somáticos como los psiquiátricos difieren de unos trabajos a otros, en función de las distintas estructuras hospitalarias, los rangos de edades que se abarquen, etc. En el trabajo de Kahan y cols.<sup>(5)</sup>, a partir de una muestra de 237 pacientes se reseñan 74 diagnósticos somáticos distintos, entre los que destacan diabetes mellitus, obesidad severa y enfermedad y trasplante renal, siendo los servicios que con mayor frecuencia demandan Neurología, Gastroenterología y Endocrinología. De los diagnósticos psiquiátricos efectuados destacan: Factores psicológicos afectando un estado físico (Código V), Trastorno somatoforme, incluyendo conversión y Trastornos de la conducta alimentaria. En nuestra experiencia, *incluyendo pacientes ambulatorios*, existen notables coincidencias en cuanto a la frecuencia de demanda por parte de distintos servicios pediátricos (Neurología Pediátrica, seguido de Oncología Pediátrica, Endocrinología y Gastroenterología); y también en lo referente a diagnósticos somáticos (elevada población de diabéticos y otros pacientes crónicos, destacando como diagnóstico somático los trastornos comiciales). La interconsulta a niños y adolescentes *hospitalizados*, no obstante, pre-

226 senta, como se ha expuesto, otras características (la sección que consulta en primer lugar es Oncología Pediátrica, el diagnóstico somático más frecuente "tumor o enfermedad oncológica"). Esto indicaría que los pacientes son remitidos de distinta manera según su patología, hecho probablemente influido por el posible carácter de prevalencia de trastornos adaptativos inmediatos en enfermedades graves, potencialmente mortales, como el cáncer, y la influencia posterior de enfermedades en principio no tan dramáticas, como la epilepsia, pero con un gran potencial ansiogénico y que conllevan posteriormente un proceso adaptativo importante.

### CONCLUSIONES

Puede decirse a la vista de los resultados y de la confrontación de los mismos, que la existencia de una

Unidad de enlace Paidopsiquiátrico, en los términos expuestos, es necesaria, como lo demuestra la demanda que suscita, lo justificado y adecuado de la misma y la alta prevalencia de psicopatología en la población infanto-juvenil ingresada en hospitales y con alguna enfermedad física. La intervención de la Unidad solicitada se basa en una buena comunicación con los equipos pediátricos y la integración en los mismos, no limitándose su labor, en ningún caso, al paciente exclusivamente, sino teniendo en cuenta tanto al equipo terapéutico como a la familia de los enfermos, de especial importancia debido a la edad de éstos, hecho también recogido en los trabajos consultados. Es necesario, por último, que la respuesta de la Unidad de Enlace sea lo más rápida posible, el informe claro y preciso y el abordaje terapéutico resolutorio a corto plazo, para lo cual muchas veces es necesaria la utilización de fármacos psicotrópicos en conjunción con intervenciones psicoterapéuticas de apoyo.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1 Lipowsky SJ. Consultation-liaison Psychiatry: the first half century. *Gen Hosp Psychiatry* 1986;8:305-315.
- 2 Jiménez Hernández JL. Perspectivas actuales de la Psiquiatría Infantil de Enlace. *Rev Psiq Infanto-Juvenil* 1993;4:205-207.
- 3 San Sebastián Cabasés J, Somoza Ortega JC. Psiquiatría de Enlace Infanto-Juvenil. En: *Psiquiatría de Enlace (Monografía)*. Aula Médica. CEA, 1994 (en prensa).
- 4 Cornwall PL. Communication between general practitioners and child psychiatrists. *BMJ* 1993;306:692-693.
- 5 Sexson SB, Kahan BB. Organization and development of a pediatric medical-psychiatric units. Part I: Administrative, financial and political issues. *General Hospital Psychiatry* 1991(5):296-304.
- 6 Kahan BB, Sexson SB. Organization and development of pediatric medical-psychiatric units. Part II: Clinical management issues. *General Hospital Psychiatry* 1991;13(6):391-398.
- 7 Leslie SA. Paediatric liaison. *Archives of disease in childhood* 1992;67(8):1046-1049.
- 8 Black D, Mc Fadjen A, Broster G. Development of a psychiatric liaison service. *Archives of disease in childhood* 1990;65(12):1373-1375.
- 9 Mc Gibben L, Ballard C. Child psychiatry liaison services. *British Journal of Psychiatry* 1991;158:573
- 10 Graham P. Paediatric referral to a child psychiatrist. *Archives of disease in childhood* 1984;59(11):1103-1105.
- 11 Hodas JR, Honig PJ. An approach to psychiatric referrals in pediatric patients. Psychosomatic complaints. *Clinical pediatrics* 1983;22(3):167-172.
- 12 San Sebastian Cabasés J, Del Rio Vega J, Moreno Oliver I. Psiquiatría Infantil de Enlace y Hospitalización pediátrica: Análisis descriptivo. *Rev Esp de Pediatría* 1990;46(3):328-242.