



## **Las interconsultas en psiquiatría infanto-juvenil: hallazgos clínicos, aproximaciones y tratamientos.**

A pesar de los cambios en los modelos asistenciales en Sanidad y la llegada de la Sanidad privada, la tradición de las interconsultas en paidopsiquiatria ha continuado floreciendo. La reducción de las estancias en los hospitales ha sido compensada con un amplio servicio de equipos multidisciplinares en emplazamientos externos donde los niños con enfermedades crónicas reciben atención. Durante este tiempo, la investigación ha continuado centrándose en las necesidades emocionales y comportamentales de los niños (desde el entorno pediátrico) y la adaptación y estrés en las familias que cuidan de niños con enfermedades crónicas. La practica de psiquiatría pediátrica para las interconsultas se extiende a numerosos dominios: medicina, psiquiatría y la comunidad, en la que el niño como paciente vive y normalmente prospera. Durante los 10 últimos años, las aproximaciones a la investigación han mejorado y nos han permitido extender nuestro conocimiento de cómo los eventos dentro de uno de los dominios influyen en otros para afectar el desarrollo de un niño enfermo, o el proceso por el cual el niño en crecimiento cae enfermo.

### **¿Cuál es el impacto de la enfermedad en el desarrollo del niño?**

Las enfermedades crónicas en los niños conllevan riesgos psicosociales y tiene gran influencia en los padres que acuden a la consulta pediátrica como en el pediatra que remite al paidopsiquiatra. Se ha descubierto que los problemas emocionales y de comportamiento afectan del 18 al 20% de los niños que acuden a la consulta del pediatra de atención primaria; también el nivel de trastornos emocionales y comportamentales en niños con enfermedad crónica es un 20% mayor en comparación con los niños control.

Las diferentes investigaciones muestran que los niños con enfermedades crónicas tienen mayor probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos, especialmente si tienen una discapacidad física. En un estudio epidemiológico realizado con 11.699 niños, de edades comprendidas entre los 4 y los 17 años se ha descubierto que las probabilidades de tener problemas aumentan si el niño es de menor edad, varón, sólo convive con uno de los padres y existen bajos ingresos familiares. A pesar de estos descubrimientos, los niños con enfermedades crónicas examinados por medio de autoinformes a menudo refieren síntomas de fiebre o depresivos. Algunos autores sugieren que esto refleja el encubrimiento a través de la negación como estrategia para minimizar el malestar. Otros sugieren que las diferencias en el estilo adaptativo del individuo pueden influir directa e indirectamente, tanto en una dirección positiva como negativa, en los resultados psicológicos y médicos asociados con la enfermedad.

### **¿Qué factores influyen en el malestar del niño?**

Los factores sociales pueden bien amortiguar bien amplificar el malestar del niño. En un niño con enfermedad crónica, su posición psicosocial se verá afectada por la percepción que tienen sus padres sobre la importancia de la enfermedad, el control paterno, el deterioro visible o la frecuencia de dolor. Los estudios comparativos de niños con diferentes grupos de enfermedades revelan que si el trastorno involucra las funciones cerebrales, es más probable que el niño tenga problemas severos emocionales y de comportamiento. La edad del niño es un factor importante: los niños más pequeños están más afectados en temas escolares y de aprendizaje, mientras que los niños más mayores experimentan dificultades en su adaptación social.

#### Factores de riesgo en niños con enfermedades crónicas:

- Discapacidad física
- Frecuencia de dolor
- Menor edad, familia monoparental, bajos ingresos familiares
- Genero masculino (teoría inmunoreactiva)
- Carga genética
- Percepción de los padres y sintomatología paterna



- Disfunción cerebral como resultado de la enfermedad
- Disfunción cerebral como resultado del tratamiento

## **¿Cuáles son las aproximaciones categóricas sobre la orientación hacia la interconsulta?**

En la pasada década, la investigación se centró en la búsqueda de la definición de la relación entre los factores médicos, psicológicos y psiquiátricos; la determinación del riesgo de estos factores en el desarrollo del niño y su adaptación social; y la exploración de las aproximaciones sobre el tratamiento. Cada enfermedad infantil crónica ha sido estudiada pero los hallazgos son mayores para aquellas enfermedades que tienen más relación con los factores psicológicos y psicosociales como son el asma y la diabetes.

### ***Asma.***

Los problemas relacionados con el apego han sido estudiados en niños asmáticos en relación con los síntomas emocionales, ansiedad de las figuras paternas y modelos paternos. El aumento de serum IgE juega un papel importante a la hora de empeorar la manifestación de la enfermedad y el asma es más agudo en niños con depresión. Los niños con asma tienen menos depresión que los niños con cáncer pero, aunque éstos tienen una menor autoestima, faltan menos a menudo a clase. Estos hallazgos hacen surgir cuestiones interesantes acerca de las relaciones del estado emocional, el ajuste afectivo y la asistencia escolar.

### ***Diabetes Mellitus insulino dependiente.***

Las asociaciones entre un pobre ajuste emocional y el pobre control de los síntomas diabéticos han sido observados durante largo tiempo. Los factores psicológicos complican el ajuste y ponen en peligro el correcto seguimiento del tratamiento, por ello puede ser necesaria la implicación de los padres en el mantenimiento adecuado del tratamiento de la diabetes.

### ***Cáncer.***

La leucemia está entre las enfermedades más comunes y ha recibido la mayor atención. Tiende a ser una enfermedad crónica más que una enfermedad terminal, con un índice de curación bastante alto. Entre los niños que reciben radiaciones craneales, aquellos que desarrollan déficits neuropsicológicos poseen mayores dificultades de adaptación. Se han descubierto mayores niveles de síntomas emocionales y comportamentales en niños y adolescentes tratados por leucemia que en sus hermanos; sus padres se describen como menos "efectivos".

### ***VIH.***

Los niños con sintomatología aguda de VIH, tienen un alto riesgo de deterioro en el desarrollo mental y psicomotor, en comparación con niños infectados de menor gravedad o niños no infectados de madres con VIH.

### ***Transplante de órganos.***

El reemplazar un órgano en mal funcionamiento por uno intacto puede "curar" una condición médica terminal, pero el niño y la familia continúan enfrentándose a los desafíos asociados a las enfermedades crónicas. Las soluciones para el tratamiento psicológico pueden no ser siempre tan efectivas como las medicas. Las conclusiones acerca de la eficacia del tratamiento se mezclan y dependen de la elección de una medida concreta.

En un estudio llevado a cabo con niños que sufrieron un transplante cardiaco el estado funcional aumentó tras el transplante cardiaco. Los resultados muestran que estos niños no se diferencian de sus iguales en cuanto a las medidas de autoinforme sobre su autoconcepto y ansiedad, pero manifiestan menos competencia social y más problemas de comportamiento. Sus problemas de comportamiento sugieren depresión y están asociados al estrés familiar. La adaptación psicosocial es mejor para los niños que son capaces de comunicarse y hablar sobre sus sentimientos y preocupaciones tras el transplante cardiaco.



### **Otros trastornos infantiles.**

La adaptación del niño está asociada con la salud mental paterna y el nivel de estrés: una mejor puntuación dentro del Child Behavior Checklist (CBCL) se asocia a menores niveles de depresión materna y a un mayor acercamiento emocional y empatía.

En estudios de niños con fibrosis quística, utilizando el CBCL y una entrevista de diagnóstico semiestructurada, se ha descubierto que estos niños tienen más perfiles somáticos y síntomas psiquiátricos (particularmente síntomas internos), que los niños de control normal, pero menos que los niños con trastornos psiquiátricos. Por el contrario, niños con dolor abdominal recurrente tienen niveles significativamente más altos de ansiedad y depresión y niveles más bajos en la Children's Global Assessment Scale que los controles normales o niños con dolor abdominal orgánico y, de hecho, se parecen a niños con diagnósticos psiquiátricos. De manera similar, las madres de niños con dolores abdominales recurrentes están mucho más ansiosas y depresivas que las madres de niños control.

La **epilepsia**, aunque normalmente no está asociada a deformidades ni retrasos, presenta un ejemplo doloroso de vulnerabilidad percibida y pérdida de control que sucede durante los años en los que se esperaba el desarrollo de la autonomía. Para los psiquiatras infantiles, supone un desafío la ayuda que pueden prestar a los padres de estos niños en la búsqueda del difícil equilibrio entre la protección y la potenciación de su hijo.

Otras investigaciones que estudian el impacto en los padres de niños con enfermedades crónicas incluyen a las madres de niños con anemia, que deben ayudar a sus hijos a hacer frente al dolor, y la adaptación de los padres del niño con enfermedad reumática. Tales aproximaciones incorporan el contexto emocional de las relaciones del niño, intentando una comprensión sobre cómo el padre y el hijo hacen frente a la enfermedad: esta relación está afectada por el curso de la enfermedad. Además, un número considerable de cuidadores de niños con una enfermedad crónica experimenta estrés psicológico significativo. Esto parece estar relacionado con el estrés asociado a la carga que suponen estos cuidados, el deterioro en el funcionamiento del niño y los recursos económicos limitados. En un estudio con pacientes pediátricos con síndrome de fatiga crónica se ha descubierto que la edad media de los afectados suele estar alrededor de los 14 años y tiende a ser del sexo femenino (60%), de nivel socioeconómico medio-alto y presentan niveles más altos de depresión o somatización.

### **Trastornos psiquiátricos.**

El síndrome de Munchausen por poderes es un modelo paterno maligno, reconocido durante más de una década, en el que los cuidadores producen los síntomas físicos o psicológicos que sigue presentándose en las consultas a pesar de los sofisticados avances tecnológicos que existen hoy en día.

El trastorno de somatización, renombrado pero recurrente, continúa permaneciendo en el dominio de la consulta psiquiátrica. En un estudio se ha estimado que el nivel de prevalencia del síndrome de somatización se encuentra en un 4,5% para los chicos y 10,7% para las chicas de entre 12-16 años. Los síntomas físicos sin explicación médica son comunes en la infancia e incluyen, de mayor a menor frecuencia, cefaleas, abdominalgias, dolor pectoral y fatiga. Los síntomas pseudoneurológicos no son tan comunes. Se ha demostrado una relación entre síntomas físicos y trastornos psiquiátricos o sucesos vitales.

### **¿Cómo se define la aproximación no categórica en la interconsulta?**

La "aproximación no categórica" es la aproximación del niño como persona con una enfermedad que, junto a su familia, está experimentando un estrés que se debe precisamente a estar enfermo, y no a otros factores específicos asociados a una enfermedad particular. Con esta perspectiva, la morbilidad psicosocial del niño y su adaptación funcional son consideradas como algo independiente de la enfermedad específica, para poder entender los efectos de experiencias de enfermedades globales como el dolor, la fatiga, la desfiguración o el absentismo escolar. Las aproximaciones no categóricas también han sido aplicadas a los estudios de familias con niños enfermos.



Diferentes autores han descubierto que el estado funcional está asociado a síntomas psiquiátricos en desarrollo, pero su impacto disminuye cuando el contexto social y otros temas relacionados con la salud.

Los padres de niños con enfermedades crónicas tienen mayor probabilidad de utilizar servicios de salud mental porque están expuestos a dichos servicios como parte de su experiencia con los hospitales y los médicos. Así, su malestar puede ser reconocido más fácilmente por los profesionales. Por otra parte, existen factores, como la pobreza, el divorcio y las enfermedades mentales paternas, que más probablemente ocurren en familias con un niño enfermo y que, cuando son reconocidos, llevan sin duda a visitas psiquiátricas. Es difícil evaluar si los servicios que estas familias reciben disminuyen su malestar.

### **¿Cómo responde la familia ante la enfermedad del niño?**

De manera ideal, la familia del niño favorece el desarrollo del niño, le proporciona confort, amortigua su estrés, lleva al niño al médico cuando es necesario, se comunica con el especialista, es consecuente con los tratamientos recomendados y soporta las trabas económicas generadas por la enfermedad del niño. Los estudios de las familias de niños con enfermedades crónicas han evaluado los aspectos del funcionamiento familiar que favorecen el desarrollo del niño, la utilización de los servicios y las relaciones con los hermanos; así como las reacciones emocionales de los padres a la enfermedad, el cumplimiento del tratamiento y la tensión familiar.

En un estudio con padres de niños con artritis reumatoide juvenil se describe cómo en los niños que poseen mayor discapacidad funcional dentro de la familia, existe una peor adaptación paterna, debido al uso excesivo de la evitación como defensa principal. Estos estudios sugieren que el psiquiatra infantil necesita entender tanto el modelo explicativo de la enfermedad como el estilo defensivo o los estilos de afrontamiento que utilizan los padres para tratar su propio estrés respecto a la enfermedad de su hijo. Las respuestas de los padres a los niños con enfermedades crónicas pueden graduarse desde adaptación saludable a los comportamientos que requieren tratamiento psicológico

### ***¿Están relacionados los síntomas emocionales de la madre con la importancia, duración o sintomatología de la enfermedad del niño?***

Para responder a esta pregunta, se ha hecho un estudio con 95 niños recién diagnosticados de diabetes mellitus insulino dependiente, utilizando medidas de control metabólico, dominio de la diabetes, ansiedad del niño y la sintomatología paterna. Inmediatamente después del diagnóstico, los niños tienden a experimentar depresión y malestar. Por todo ello, no existe asociación entre el malestar y los síntomas de depresión informados por los niños o por sus madres. Los niños con psiquiátricamente menos perturbados hacen frente a la enfermedad perfectamente, a pesar de las demandas de la propia enfermedad.

### **¿Cuáles son los problemas pediátricos que están más relacionados con la paidopsiquiatría?**

La investigación reciente sostiene que el nivel de satisfacción de un pediatra respecto a la consulta psiquiátrica es bastante bajo.

El conocimiento de conexiones, previamente no reconocidas, entre los sucesos vitales y el equilibrio psicológico del niño en desarrollo, ha llevado a la descripción de ciertas enfermedades en nuevos términos. Por ejemplo, la experiencia de niños que han sido llevados por sus madres para tratamientos de cáncer, muchas veces dolorosos, se asemeja a la experiencia de los niños cuyas madres fallan a la hora de protegerlos del abuso físico o sexual cometido por adultos dentro del propio hogar.

El reconocimiento del trastorno por estrés postraumático (TEP) en los niños ha llevado a la conexión entre las lesiones trágicas y los síntomas de TEP agudo; un ejemplo de esto son los traumas físicos repentinos, incluyendo quemaduras, que se ven comúnmente en centros médicos de atención terciaria.



El reconocimiento del TEP lleva a un diferente tratamiento de los síntomas del niño. El trabajo de coordinación es necesario en el cuidado de un niño con un trauma catastrófico, como es el caso del personal de guardería, que puede experimentar sentimientos intensos de apego en el cuidado de este tipo de niño y pueden ser vulnerables cuando el niño demuestra estar harto o al límite al relatar la experiencia. El especialista puede facilitar la expresión de sentimientos y ofrecer ayuda en la resolución de problemas o conflictos.

La comprensión acerca del contexto interpersonal de las experiencias subjetivas del niño ha llevado a la reevaluación del problema al evaluar el dolor del niño en los entornos médicos. Las sospechas de los padres pueden afectar enormemente el enfrentamiento del niño; ej., si el padre hace un comentario negativo del tipo: “¿no te duele?”, puede empobrecer las respuestas de afrontamiento del niño. Por otra parte, si el padre no permite al niño que exprese dolor o temor, el niño puede no ser capaz de permitirse experimentarlo, y sus comportamientos pueden derivar en una actitud de no mostrar dolor. La edad del niño puede afectar la aceptación o no del tratamiento; se ha deducido que la edad del niño está relacionada a la adherencia al tratamiento. Los factores psicosociales o culturales pueden limitar el tratamiento: las familias con menor nivel socioeconómico tienden a cancelar más visitas clínicas, o llegar tarde y no informar de inmediato acerca de las reacciones del niño al tratamiento.

### **¿Cuáles son los problemas éticos en la consulta psiquiátrica?**

Definir una pregunta desde múltiples puntos de vista es una parte inherente de la consulta; traducir diferentes puntos de vista de un individuo a otros es un aspecto inherente del trabajo coordinado.

El trío ético clásico contrapone (1) lo que el paciente quiere (autonomía del paciente), con (2) lo que el especialista piensa que es mejor para el paciente (beneficencia física), y (3) las limitaciones sociales (justicia en la distribución). Tradicionalmente, la consulta psiquiátrica ha catalizado la articulación del punto de vista del paciente y por ello ha abogado por la autonomía del paciente.

La relación del paciente hacia su enfermedad puede verse complicada por factores psicológicos que ofuscan el diagnóstico: el psiquiatra no puede intervenir sin entender al paciente, es decir, decodificando la dinámica del paciente al especialista de referencia. El reto se propone cuando la persona que proporciona atención médica está evaluando y tratando el síntoma de un niño a través de un padre que puede no entender las necesidades de su hijo, puede informar de manera inadecuada o puede no saber los intereses de su hijo.

### **¿Cómo afecta la enfermedad del niño a su actitud o su autoestima?**

El asma, una enfermedad con manifestaciones clínicas fácilmente medibles, se ofrece como ejemplo de cómo la elección de los elementos, de los métodos para obtener información sobre los síntomas del niño y de medición de resultados puede, en diferentes investigaciones, determinar de manera aparente resultados conflictivos. En un estudio se ha descubierto que el 35% sobre un total de 26 niños asmáticos muy jóvenes (de edades entre 3-6 años) tienen diagnósticos psiquiátricos, comparados con los controles normales. Los padres de asmáticos normalmente informan sobre síntomas infantiles psiquiátricos; pero no existe relación entre los síntomas psiquiátricos y la severidad marcada por el uso de medicación. La relación entre la severidad del asma y su adaptación es algo compleja. Los niños asmáticos que sus padres definen dentro de una escala como de “tener enfermedades moderadamente severas” tienen una adaptación más pobre que los niños que tienen enfermedades o severas o débiles.

Los resultados conflictivos pueden ser debidos a una variedad de factores que incluyen: la ausencia de un cuadro teórico específico en el que basar el trabajo inicial para las predicciones, los problemas metodológicos inherentes a los diseños de un solo grupo o la variabilidad en la medición de resultados.

Se han de destacar cuatro conceptos que han contribuido en la aproximación de la investigación:

(1) Ha habido un incremento de la atención desde los estudios de los niños con enfermedades particulares a las aproximaciones no categóricas que incluyen niños a través de los grupos de enfermedades. Esta aproximación evalúa el desajuste psicosocial y la adaptación funcional independientemente de categorías de enfermedades específicas.

(2) Ha habido un incremento de atención sobre el niño como individuo dentro del núcleo familiar, con la incorporación de mediciones familiares.



(3) Los conceptos de limitaciones y adaptaciones funcionales han llevado al desarrollo de medidas que evalúan cómo el niño se desarrolla y vive con la enfermedad en la actualidad, más que evaluar un conjunto de síntomas objetivos o subjetivos.

(4) Se está considerando el desarrollo del niño, como un contexto para los episodios discretos y el curso de la enfermedad, y existe un incremento hacia el entendimiento de los riesgos relacionados y los factores de protección.

### **¿Cómo se seleccionan los sujetos para estudio?**

La elección de a quién incluir en el estudio como sujetos, puede limitar el alcance del estudio, forzar las conclusiones que pueden ser deducidas y limitar la generalización de los descubrimientos.

Al elegir un ejemplo de la práctica pediátrica, los diferentes informantes, incluyendo los padres, pueden dar diferentes impresiones sobre las preocupaciones psicológicas y de salud mental, de manera que las dificultades psicológicas subjetivas de un niño pueden no estar identificadas por el padre o la figura paterna. La investigación sugiere que al menos el 15% de los niños en emplazamientos de asistencia primaria presentan un problema psicosocial significativo y la mayoría de estos no son reconocidos por los padres.

Si el ejemplo es elegido de un estudio epidemiológico, que ejemplifica al azar a la población, las diferentes investigaciones muestran que las familias de niños con enfermedades crónicas se diferencian en muy poco de las familias cuyos niños son saludables, dentro de una medición general de funcionamiento familiar, en la mayoría de características demográficas. El mismo grupo de investigaciones descubrió que el cuadro cambia con de un ejemplo epidemiológico a un ejemplo clínico, sugiriendo que los ejemplos clínicos no son representativos de la población en general; éstos pueden tener más problemas, ser más graves o tener problemas asociados. De manera alternativa, ellos pueden ser más inteligentes y capaces de utilizar los servicios sanitarios. Los clínicos pueden asumir que las familias de un niño con enfermedad crónica son más disfuncionales que las familias con niños saludables, mediante la interpretación del estrés o sufrimiento como una disfunción dentro de la familia, pero la premisa de un pobre funcionamiento no quedaría apoyada por una perspectiva longitudinal.

### **¿Existe relación con alguna patología en las madres de enfermos crónicos?**

Varios autores han descubierto diferencias significativas entre los niños enfermos y niños control en cuanto a la utilización de los servicios; sugieren que son varios los factores, mas que la mera facilidad a las visitas, los que conducen a consultas psiquiátricas en las familias de niños enfermos. Mediante un modelo estrés crónico, han identificado la enfermedad del niño y la persona que le produce el estrés. Se ha comprobado que la muestra de "estrés" tiene un nivel educativo más bajo, familias monoparentales y menores ingresos familiares; el 30,2% de la muestra de "estrés" comparado con el 16,1% de la muestra control tienen un grado de sintomatología depresiva significativamente mayor, incluso cuando las variables "años de educación" e "ingresos familiares" se excluyen. Además, la muestra de "estrés" tiene el inicio de la depresión a una edad más temprana y un mayor número de episodios; mayor frecuencia de divorcios y la separaciones. Estos datos proporcionan un vínculo entre la depresión y los problemas psiquiátricos en madres de niños con enfermedades crónicas.

### **¿Cuáles son las variables y los instrumentos de estudio?**

La investigación propone el modelo centrado en el déficit para entender a los niños con enfermedades crónicas decae en favor de modelos de enfrentamiento y competencia. Hay un cambio de foco: desde el dúo madre-hijo a considerar la familia entera, alejada de atribuciones psicopatológicas y entendida como una familia normal que experimenta circunstancias extraordinarias.

### **¿Qué factores afectan al resultado del tratamiento?**

Los factores intrapersonales que afectan el resultado del tratamiento, incluyen:

- la severidad del impedimento,
- la independencia funcional,



- el temperamento,
- el estilo de afrontamiento.

Entre los factores interpersonales se encuentran:

- el temperamento y estilo de afrontamiento de la madre,
- los factores socioecológicos:
  - funcionamiento marital y familiar,
  - estado socioeconómico,
  - tamaño de la familia,
  - estructura,
  - utilización de los servicios.

Las relaciones entre ambos factores son recíprocas y se solapan.

### *¿Qué instrumentos se utilizan para valorar la salud mental de los pacientes pediátricos?*

La escasez de medidas válidas y fiables de la morbilidad psiquiátrica en los niños es un obstáculo importante para la investigación de las secuelas de salud mental en la enfermedad crónica. Como resultado, los estudios han confiado en diferentes definiciones de deterioro y bienestar. Además, la evaluación de la salud mental en pacientes pediátricos frecuentemente depende de la información que proviene de otros individuos, como los padres y no del propio niño. Los esfuerzos para estandarizar la evaluación psiquiátrica infantil han llevado al desarrollo de entrevistas muy estructuradas diseñadas para reunir información relacionada con la sintomatología del niño vista por el propio niño y por sus padres. Los informantes pueden no estar de acuerdo pero éstos instrumentos objetivos permiten a los investigadores evaluar las discrepancias entre dos o más fuentes de información sobre los síntomas del niño.

Los estudios realizados en un solo hospital o en un hospital universitario son poco representativos de la población de niños con enfermedades crónicas en general. Por ejemplo, en un hospital universitario puede haber enfermos de mayor gravedad que los ejemplos hallados en hospitales provinciales o tener mayor o menor accesibilidad a los servicios adicionales. El uso de controles sanos es otra de las confusiones que se pueden producir, ya que algunos ítems tienen distinto valor para un niño sano que para un enfermo crónico. Por ejemplo, perder 20 días de colegio en un año puede ser indicativo de un problema emocional o de comportamiento en un niño normal, pero puede representar una atención necesaria para un niño con fibrosis quística o VIH.

### **Sobre la aproximación metodológica...**

Dos estudios sirven para mostrar la elección de los instrumentos de medición. En el primer estudio, los niños con fibrosis quística son comparados con sus hermanos utilizando el listado de síntomas contestado por los padres (el Child Behaviour Checklist [CBCL]). Se ha descubierto que éstos niños tienen un perfil somático y puntuaciones globales más elevadas. En el segundo estudio se ha utilizado una entrevista de diagnóstico semiestructurada y se ha hallado que los niños con fibrosis quística tienen más psicopatología, especialmente síntomas internalizados, que los controles normales, pero menos que los pacientes de clínicas psiquiátricas. En conclusión, un instrumento desarrollado en población infantil saludable puede no ser tan válida en niños con enfermedades médicas crónicas.

### *¿Cómo afecta la actitud del niño en su enfermedad?*

Los esfuerzos para entender el impacto psicológico del cáncer sugieren que el estilo de adaptación del niño puede influenciar, directa e indirectamente, los resultados psicológicos y fisiológicos y tener un impacto en su cuidado y tratamiento. Así, un modelo de adaptación represiva distingue dos grupos muy diferenciados de adolescentes con cáncer que con bajo malestar: aquellos que verdaderamente muestran un afrontamiento correcto y aquellos que, a pesar de que se evidencie lo contrario, dicen que están utilizando un modelo correcto de afrontamiento.



### *¿De qué manera afecta la estimación de los padres sobre la enfermedad?*

El grado estimado de problemas psiquiátricos depende de la elección del investigador del informante. Por ejemplo, un padre puede estar influenciado por su propio estado afectivo. La evidencia válida de la psicopatología y salud infantil depende de la información que proviene del niño, así como de la que proviene del padre. Generalmente, los padres y los hijos están de acuerdo sobre comportamientos observables y trastornos relacionales, pero muestran mayor desacuerdo sobre ansiedad y depresión. Los niños son más conscientes de sus propios sentimientos de tristeza y ansiedad que sus padres. Los resultados no presentan datos concluyentes sobre la influencia de factores tales como edad, género, gravedad de la enfermedad del niño o la psicopatología paterna como factores de acuerdo entre padres e hijos.

Los estudios multicentro son necesarios para permitir a los investigadores la distinción entre los descubrimientos específicos de la enfermedad y aquellos que son específicos del tratamiento o del lugar.

### *¿Qué factores influyen en la adaptación del niño?*

El estado funcional del niño por sí solo no predice ninguna adaptación a la enfermedad crónica, y tampoco lo hace la psicopatología paterna. Los estudios sobre el funcionamiento familiar están ampliando el uso de varios tipos de evaluaciones para describir la comunicación familiar y las relaciones familiares por medio de la utilización de múltiples informantes.

### ***¿Cuál es el impacto de las adversidades de la enfermedad en el desarrollo infantil?***

Los diferentes estudios muestran que los grados de limitación funcional incrementan con la edad tanto en los chicos como en las chicas, y que en condiciones de pobreza existen más limitaciones funcionales tanto para las enfermedades crónicas como agudas. No sorprende que los niños con mayores limitaciones funcionales asociadas con enfermedades crónicas tienen grados más altos de utilización de la sanidad, medicaciones, educaciones especiales y salud mental.

Se ha descubierto que los niños con enfermedades crónicas tienen mayor riesgo de sufrir inadaptación. Este riesgo está incrementado en los niños donde se involucra el SNC o presentan discapacidades físicas como parte de su enfermedad. Tanto los padres como los hermanos tienen mayor dificultad de adaptación cuando el trastorno del niño está asociado con sufrimiento neurológico, lo que indica que los mecanismos de transacción deben de ser considerados. Las clasificaciones de gravedad que realizan los padres son más predictoras de la adaptación del niño que las clasificaciones basadas en ratios médicos o físicos.

### **Acerca del diseño y el análisis de los estudios...**

Partiendo de la premisa de que una enfermedad infantil altera el desarrollo del niño, sus efectos perdurarán en la vida adulta durante la adolescencia. Las enfermedades que afectan el desarrollo del sistema nervioso suponen un factor de riesgo potencial y genera preguntas de difícil respuesta sobre la relación de madurez de las neuronas y del estrés ambiental. Los efectos psicológicos y psicosociales de los trastornos epilépticos, independiente de cualquier retraso asociado en el desarrollo, tienen una gran influencia en la percepción del propio individuo, sobre cómo otros lo ven, y sobre cómo los padres apoyan o inhiben su autonomía del desarrollo. Los factores de riesgo infantil en pacientes epilépticos adultos ponen en peligro una buena adaptación adulta.

Los factores asociados a la enfermedad también pueden alterar los modelos de respuesta personales, que pueden tener cierto impacto en la familia. Los niños con dolor abdominal recurrente, tienen mayor ansiedad y depresión y un peor funcionamiento que los niños con dolor abdominal orgánico o niños normales. Las madres de niños con dolor abdominal recurrente tienen más depresión y ansiedad que las madres de los controles saludables.

Como se ha dicho anteriormente, el objetivo es desplazarse desde el niño hasta la familia: en los niños con enfermedades crónicas hay una mayor discordia en el funcionamiento familiar y las madres tienen más estados afectivos negativos. Además, si el padre está sufriendo o si el niño pierde al padre, la progresión del niño hacia una correcta adaptación en la vida adulta peligrará.



### ***¿Se puede sugerir algún tipo de interacción entre los factores de riesgo y de protección?***

Los factores de riesgo para los problemas familiares son:

- La presencia de violencia familiar
- La discordia familiar.
- La utilización paterna de los servicios de salud mental
- La conducta criminal,
- Los problemas de salud crónicos en los

Los factores de protección en el niño incluyen:

- el relacionarse con otros según el informe de los padres o de los maestros,
- buen rendimiento académico,
- tener un amigo íntimo,
- buenas amistades,
- un autoinforme positivo,
- disposición para o participación especial en actividades de grupo, como el deporte. Se ha descubierto que esto sólo es un factor protector en grupos de alto pero no bajo nivel socioeconómico
- En niños más pequeños:
  - problemas familiares,
  - éxito con los amigos y en la escuela,
  - participación en dos o más actividades,

Reduce la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos.

- En niños más mayores,
  - los problemas familiares y paternos aumentan la probabilidad de tener trastornos psiquiátricos,
  - las amistades son un factor proteccionista para las adolescentes, pero no para los adolescentes varones. Los jóvenes con enfermedades crónicas a menudo sufren la pérdida de amistades debido a las hospitalizaciones o a las discapacidades.

El diseño del estudio y el análisis también influye en las conclusiones. Una revisión de un metaanálisis de los correlatos entre el ajuste psicosocial y los trastornos médicos ha encontrado que las variables "enfermedad" o discapacidad son peores predictores de la adaptación de un niño que las variables referidas al niño o las relativas a la familia o al estilo paterno. Se ha observado que mayoría de modelos fallan al examinar directamente las variables que afectan a la adaptación del niño, como el afrontamiento del niño, su autoconcepto y temperamento.

Los modelos teóricos y los modelos diseñados empíricamente han definido las variables utilizadas para estudiar las familias y sus relaciones. Algunos autores consideran múltiples vías e incluyen factores genéticos, actitud paterna y prácticas de socialización familiar en la transmisión de riesgos psicológicos o de salud al niño.

### ***¿Qué resultados se han observado en las interconsultas?***

### ***¿Cuáles son los resultados del tratamiento en el entorno clínico?***



Los resultados de tratamientos en intervenciones psiquiátricas de enfermedades crónicas son difíciles de evaluar. De forma similar, los instrumentos aplicados en un estudio epidemiológico son difíciles de interpretar “clínicamente”. Las medidas generales utilizadas pueden subestimar las dificultades familiares porque son menos discriminantes que las medidas utilizadas en emplazamientos clínicos.

Los ensayos de clínicos están diseñados para evaluar la eficacia del tratamiento. Uno de los pocos ensayos clínicos que se han realizado en este campo examina la eficacia de un programa combinado de educación y manejo del estrés en los niños con asma. Los niños con asma, de edades entre 6-14 años, fueron asignados al azar a un grupo de intervención o de control. Los resultados incluyen el estatus psicológico, evaluado por el CBCL antes y después de la intervención, y el estatus funcional (ej, asistencia a la escuela, realizar tareas, jugar con amigos). El conocimiento del niño sobre el asma y el estrés de la vida también fueron evaluados. La intervención tuvo unos efectos beneficiosos sobre el estatus psicológico y en las actividades diarias del niño.

Otras investigaciones prospectivas de resultados y riesgos se han centrado en otros trastornos. Los datos de un estudio prospectivo de 4 años acerca de niños con artritis reumatoide juvenil, sugieren que los factores del funcionamiento basal de los padres y del riesgo de los mismos (ej, abuso del alcohol, humor depresivo) y la resistencia (ej, funcionamiento social) predicen la adaptación del niño a la enfermedad.

### ***¿Qué se conoce sobre el tratamiento en el ámbito comunitario?***

La consulta basada en un caso conlleva atención directa al paciente y permite modelos de práctica autónomos; sin embargo, la eficacia de la consulta queda limitada por los pacientes específicos vistos. La consulta basada en un equipo o basada en un sistema ofrece atención a través de otros medios. Existe una pérdida de autonomía del especialista pero una ganancia potencial y un mayor aumento e influencia del cuidado ofrecido por otros durante la educación. El peor de los casos se presenta cuando se halla en situaciones de consulta en las que el psiquiatra espera prescribir medicación sin un contacto directo con el paciente y sin la participación en las deliberaciones del equipo.

Distintos autores argumentan que el estudio de los servicios utilizados, las necesidades, los resultados y los costes en la población infantil y adolescente determina el “rango de psicopatología y factores de riesgo asociados y su papel en el inicio, mantenimiento y remisión de trastornos mentales en niños”