



Sección bibliográfica: Paidopsiquiatría

José Arturo Mendizábal Rodríguez,* Beatriz Anzures López**

"Psiquis: Heroína mítico-legendaria cuya leyenda simboliza la pureza, caída y la salvación por medio del sufrimiento".

El niño existe como unidad bio-psico-social en crecimiento y desarrollo; por su falta de madurez física y mental es más vulnerable a las agresiones que lo afectan; a menor edad, mayor riesgo de alteraciones negativas que pueden dar lugar a secuelas físicas y psicológicas difíciles de revertir. Los problemas que afectan a la sociedad influyen en forma primordial en la niñez; ésta es idealmente la etapa más rica y hermosa del ser humano, pero también es receptáculo directo de las carencias económicas, afectivas, culturales, sociales y otras más. Ya desde antes de nacer el ser humano se enfrenta a condiciones desfavorables; por ejemplo, el hijo de un embarazo no deseado, el de una madre adolescente, madre soltera, el de una alcohólica y/o drogadicta, el de una enferma o desnutrida y después, el que nace prematuro, el que nace en presidio, el niño huérfano, el abandonado, el discapacitado, el maltratado, el que padece enfermedades crónicas o malignas, el que vive en carne propia la violencia y muchas otras condiciones adversas que padece a lo largo de las diferentes edades pediátricas desde el nacimiento hasta el término del crecimiento y desarrollo, que en "promedio" se logra a los 18 años.

Los médicos que atendemos niños, conjuntamente con los paidopsiquiatras podríamos ayudar a superar o limitar estos embates que impidan al ser humano llegar a la edad adulta en un proceso pleno.

En este número de nuestra revista hemos invitado al Dr. José Arturo Mendizábal a participar en la sección bibliográfica, quien ha escogido artículos de psiquiatría infantil de interés general para la práctica pediátrica diaria.

Creemos que esta revisión nos será de gran utilidad a los médicos que atendemos niños para detectar tempranamente estos problemas de salud mental y solicitar con oportunidad, cuando esto sea necesario, el apoyo del especialista y, en conjunto con él, llegar al diagnóstico correcto y el manejo terapéutico integral de nuestros pacientes.

Paidopsiquiatría

A partir del surgimiento de la paidopsiquiatría en la década de los años 20, en los Estados Unidos, su crecimiento ha sido enorme, actualmente es una subespecialidad de la psiquiatría y abarca toda la patología mental en el campo pediátrico. Es indispensable que los pediatras y médicos de primer contacto aprendan a detectar los padecimientos más frecuentes para que puedan referirlos apropiadamente. El tratamiento incluye a los padres y la familia, frecuentemente a la escuela, y se requiere entrenamiento muy específico; sin embargo, hay muchas medidas que se pueden aplicar desde el primer contacto para facilitar el correcto manejo de estos pacientes, que con frecuencia son referidos a neurólogos y psicólogos, quienes, por su formación, no poseen las habilidades técnicas necesarias.

El *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, órgano de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil, consciente del gran crecimiento de esta especialidad, ha publicado mensualmente una serie de artículos, desde julio de 1996,

* Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".

** Unidad de Pediatría. Hospital General de México.

en los que se revisan los conceptos de la especialidad durante los últimos 10 años. Una selección de estos artículos es la que presentamos aquí, por considerarlos de utilidad dentro del campo de la práctica pediátrica diaria.

**Attention deficit disorder:
A review of the past 10 years.**
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry
1996; 35: 978-987.

En su trabajo de revisión, Dennis Cantwel encontró que la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es muy elevada, entre el 3-5% de la población general en los niños escolares, y hasta el 50% de la consulta del especialista (Paidopsiquiatra); la frecuencia hombre mujer en población abierta es 4:1 y aumenta hasta 9:1 en población clínica. La etiología del síndrome es aún desconocida; lo más probable es la interacción entre factores biológicos y psicosociales que lleguen a una vía final común. Algunas entidades nosológicas se asocian en modo directo al TDAH, como el síndrome X frágil, el alcohólico fetal, el bajo peso al nacer y un trastorno tiroideo de transmisión genética. Los estudios anatómico funcionales han registrado anormalidades en el plano temporal y los lóbulos frontales, con disminución de volumen del rostrum y cuerpo del cuerpo calloso, con hipoperfusión del cuerpo estriado. Por otra parte, los estudios genéticos han encontrado concordancia en gemelos monocigóticos hasta del 51% comparada con 33% en dicigóticos, con estudios de agregación familiar confirmatorios. Se han sugerido alteraciones en el recambio del sistema dopamina y norepinefrina ante la evidencia de respuesta a los psicofármacos estimulantes y antidepresivos. En este trastorno se consideran los factores biológicos como primarios, aunque algunos autores han incluido factores ambientales como sustancias tóxicas diversas (por ejemplo: plomo, talio), con resultados no concluyentes. Los criterios clínicos para el diagnóstico se basan en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su cuarta edición (DSMIV), donde se establecen subtipos del trastorno y el requisito, edad de inicio menor a los siete años. Sin embargo, los síntomas del trastorno cambian con la edad, lo que dificulta el diagnóstico; por ejemplo, en el preescolar puede haber predominio de berrinches, replicas, agresividad, temeridad, propensión a accidentes, conducta estrepitosa; en el escolar predomi-

nan las malas relaciones con sus compañeros y problemas en los aspectos de aprendizaje y desarrollo cognoscitivo, con más implicaciones de conducta a nivel social (rebelarse, discutir, desobediencia patológica, etcétera). En los adolescentes, la sensación interna de inquietud, la dificultad en cumplir sus metas, desorganización, pobre rendimiento escolar, con relaciones conflictivas y mayor riesgo de accidentes que se continúan hasta la edad adulta, etapa en la que el trastorno impacta el desempeño por la desorganización, la pobre concentración, demoras y problemas emocionales de labilidad y arranques explosivos intermitentes, con la consecuente alteración en sus relaciones interpersonales. El diagnóstico de TDAH es clínico y la valoración incluye entrevista con figuras parentales, entrevista con el paciente adecuada a su nivel de desarrollo, evaluación médica, valoración cognoscitiva de habilidades y aprovechamiento, escalas y evaluaciones complementarias. Se debe descartar la presencia de otros trastornos psiquiátricos (como depresión o trastorno disocial), neurológicos, médicos, del desarrollo y determinar su comorbilidad o mimetización con el TDAH. Existen tres tipos de curso en la enfermedad, 30% de los casos remiten los síntomas al alcanzarse la maduración, 40% continúan con el trastorno durante toda la vida y 30% se complican en la evolución con otro trastorno, lo que empeora el pronóstico. El manejo debe abarcar el enfoque farmacológico y el psicosocial. Dentro del segundo se incluye a la familia y la escuela, se combina con técnicas conductuales específicas y sobre todo con información para el correcto manejo del niño en su contexto particular. El tratamiento farmacológico de elección es el metilfenidato, con el que 70% de los pacientes responden; los efectos secundarios de anorexia, insomnio, irritabilidad, dolor de cabeza y abdominal, así como la detención del crecimiento, son dosis dependiente y pueden ser minimizados al máximo con un adecuado manejo del especialista (paidopsiquiatra). Otros medicamentos que da buenos resultados son los antidepresivos, en particular la desipramina o la imipramina, pero su elección requiere pautas más complejas.

Comentario. La frecuencia de este trastorno obliga al pediatra y al médico general que atiende niños a saber identificarlo, para poderlo referir adecuadamente. Es muy frecuente que estos niños sean vistos por los neurólogos o las psicólogas; desafortunadamente, en ambos casos, el manejo es limitado puesto que el tratamiento debe combinar aspectos psicosociales y psicofarmacológicos muy comple-

jos que son del campo del paidopsiquiatra. Es muy importante romper el mito relacionado con el metilfenidato, puesto que es un fármaco que manejado adecuadamente resuelve 70% de los casos. Además que es un trastorno que frecuentemente se continúa en la edad adulta produciendo deterioro cognoscitivo y emocional.

**Childhood and adolescent depression:
A review of the past 10 years.**

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry
1996; 35: 1427-1439.

Part I. Después de revisar la literatura internacional sobre depresión infantil y de la adolescencia, durante los últimos 10 años Boris Birmaher y colaboradores encontraron que el rango de prevalencia en estudios a población abierta para el trastorno depresivo en niños es del 0.4-2.5% y en los adolescentes del 0.4-8.3%. En la segunda mitad de este siglo, se ha observado un incremento en el riesgo de presentar depresión leve y moderada. Los síntomas de la depresión en los niños difieren del adulto, en función del nivel de desarrollo, en preescolares es frecuente la irritabilidad, los "berrinches", las alteraciones en los patrones de sueño y/o apetito, y la desobediencia patológica; en escolares, los síntomas de ansiedad de separación, fobias, quejas somáticas, disminución en aprovechamiento escolar y problemas de conducta (agresividad, destructividad, desobediencia, reto a la autoridad); en adolescentes patrones estacionales, menstruales, disforia, deterioro social y escolar, mayor índice de comorbilidad y recurrencias, más intentos de suicidio de elevada letalidad, síntomas melancólicos y psicóticos. La comorbilidad en la depresión del adolescente es la regla más que la excepción (rango 40-100%), lo que incrementa la duración de los episodios depresivos, el riesgo de suicidio, aumenta recaídas y recurrencias y ensombrece el pronóstico. Por orden de frecuencia, las patologías comórbidas son: Distimia, trastornos de ansiedad, trastornos externalizados (disocial, déficit de atención y desafiante oposicionista) y abuso de sustancias, que incluye al alcohol. El curso natural del episodio depresivo no complicado es de una duración de 7-9 meses, con una remisión del 90% a los dos años, recurrencia de 40% y 70% a los dos y cinco años, respectivamente. En los adolescentes, 20 al 40% de los deprimidos cíclan a manía, con o sin medicamentos.

Existen factores genéticos asociados a la depresión que explican al menos el 50% de la varianza en su transmisión; los factores ambientales incluyen los familiares (aprendizaje de pautas depresivas, conflictos, falta de afecto, negligencia o abuso), psicopatología en los padres, pérdidas importantes, contemplar suicidios. Los marcadores biológicos incluyen la hormona del crecimiento que se considera un marcador de estado aunque inespecífico de psicopatología en general, en algunos estudios aumento de secreción de PRL en niñas y de ACTH en niños. Los estudios de supresión a dexametasona tampoco son concluyentes. Por último, se han demostrado algunos cambios en la latencia al sueño REM y su duración, pero su constancia también es dudosa.

Comentarios. Es importante enfatizar que la depresión es un trastorno heterogéneo, con varios procesos patogénicos, con un curso que tiende a la cronicidad y al deterioro; actualmente, el grupo etáreo con mayor índice de suicidios consumados son los adolescentes, 60-85% de los cuales cursaron con una depresión no diagnosticada, que frecuentemente inició en la infancia y nunca fue detectada. Corresponde al pediatra el primer contacto; muchos de los casos que "recurren" a la consulta presentan síntomas somáticos de una depresión infantil y muchos adolescentes llegan a los servicios de urgencias por intento de suicidio, y no son canalizados oportunamente por pensar "son cosas de muchachos" o "ya se le pasará".

**Childhood and adolescent depression:
A review of the past 10 years.**

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry
1996; 35: 1575-1583.

Part II. La segunda parte de la revisión de Boris Birmaher y colaboradores sobre depresión infantil y de la adolescencia se centra en aspectos diagnósticos y de tratamiento. Se resalta que la evaluación completa es indispensable antes de recomendar cualquier tratamiento. Existen múltiples instrumentos diagnósticos para evaluar depresión en mayores de ocho años, con aceptable confiabilidad, de acuerdo con los criterios internacionales del CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, OMS 1992) y el DSM IV (*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, APA1994). Es importante aclarar que existen muchas escalas que miden la intensidad de los síntomas, pero no tienen valor diagnóstico.

La intervención psicosocial en el tratamiento agudo de la depresión mayor ha sido poco investigada

en estudios psicoterapéuticos controlados; sin embargo, la terapia de corte cognoscitivo conductual, la psicoterapia de apoyo no directiva y la terapia familiar conductual sistémica han demostrado un índice de respuesta del 70%. Los factores de mal pronóstico para este tipo de tratamientos incluyen: severidad del episodio depresivo, comorbilidad con trastornos de ansiedad, pobre apoyo familiar/social, psicopatología parental, conflictos familiares, bajo nivel socioeconómico y exposición a eventos vitales estresantes.

En cuanto a la intervención psicofarmacológica, estudios abiertos en niños y adolescentes han demostrado 60-80% de respuesta con antidepresivos tricíclicos (imipramina); pero en los estudios doble ciego la eficacia es igual a la del placebo. Los factores posiblemente asociados incluyen: un alto índice de respuesta a placebo, falta de madurez del sistema noradrenérgico (madura primero el serotonínérigo), un mejor metabolismo hepático, cambios hormonales, síntomas atípicos y depresión bipolar. Existe un estudio doble ciego en adolescentes que ha demostrado 56% de respuesta a fluoxetina contra 33% del placebo. La utilidad de los niveles plasmáticos de antidepresivos está limitada a evaluar toxicidad y apego al tratamiento. Para el tratamiento de la depresión refractaria se recomienda la adición de litio y, en depresiones muy graves de adolescentes, la TEC (terapia electroconvulsiva). La elevada recurrencia del trastorno depresivo obliga a un tratamiento de mantenimiento (psicoterapéutico y/o psicofarmacológico), pero no existen datos concluyentes acerca de la duración. Una parte importante para tratar de prevenir las recurrencias consiste en educar al paciente, familiares, maestros y comunidad acerca de los síntomas tempranos de un episodio depresivo. El mejor tratamiento debe incluir ambas modalidades de intervención.

Comentarios. En México existen entrevistas diagnósticas semiestructuradas diseñadas en el Instituto Mexicano de Psiquiatría para la evaluación de adolescentes y escolares, así como escalas clínicas para medir la severidad de los síntomas, lo que mejora la confiabilidad del diagnóstico. El tratamiento psicoterapéutico en niños y adolescentes es indispensable e incluye modificaciones ambientales en la familia y la escuela, el tratamiento psicofarmacológico se utiliza en los casos graves. Es importante puntualizar que el manejo es muy específico y debe ser realizado por un psiquiatra de la infancia; el adiestramiento en psicología con frecuencia no es suficiente. Muchos casos llamados "depre-

sión" no lo son y por eso su "tratamiento exitoso" con manejos no especializados (psicólogas, terapeutas, maestros, etcétera), lo que resalta aún más la importancia de un diagnóstico confiable, como el que es posible hacer con el entrenamiento adecuado (paidopsiquiatría).

**Child and adolescent bipolar disorder:
A review of the past 10 years.**

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry
1998, 36: 1168-1176.

Considerado dentro de los trastornos afectivos, el trastorno bipolar es una entidad frecuentemente subdiagnosticada, sobre todo en niños y adolescentes como citan Barbara Geller y Joan Luby en su artículo de revisión. Existen diferencias importantes en la ocurrencia del trastorno bipolar de acuerdo a la edad y forma de inicio. La manía de inicio en la infancia tiene un curso más crónico, menos episódico, más severo y de difícil control. No existen estudios de prevalencia en niños, pero se sugiere que es similar al de la población adulta (cerca de 1%). Cuando se pregunta a los adultos retrospectivamente sobre su problema actual afectivo, 20-40% indican su inicio desde la infancia, por lo común con depresión. Este dato coincide con el alto porcentaje prepuberal, 20-32%, de ciclaje (cambio) de depresión a manía en estudios longitudinales.

Características clínicas. El síntoma cardinal es la alegría contagiosa y expansiva, fuera del contexto de la historia personal, difícil de conceptualizar como psicopatológica. Otro síntoma central consiste en las ideas delirantes de grandeza, que deben juzgarse de acuerdo al nivel de desarrollo. Los escolares acosan a los maestros en cómo dar la clase, pueden reprobar a propósito por considerar que los cursos están pensados erróneamente. También pueden robar por la convicción de estar por encima de la ley. En los adolescentes es común que piensen en una gran profesión, aunque vayan mal en la escuela y al ser cuestionados afirmen que ellos no saben cómo, pero así será. Tardan en dormir, pero se preocupan en acomodar su habitación e incluso esperan que sus padres duerman para irse de fiesta. Otro síntoma es el aumento de la velocidad de pensamiento, discurso y actividad, lo que en los escolares puede ser fácilmente confundido con un trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Un síntoma más es la hipersexualidad, que se manifiesta de diferentes formas de acuerdo al nivel de

desarrollo, desde insultos con soeces sexuales, masturbación, llamadas a *hot lines*, hasta la conducta sexual peligrosa y múltiple. El interés por el dinero se denota porque inician sus propios negocios o contratan múltiples servicios, saturando las tarjetas de crédito de los padres.

Curso natural. Existe un mayor riesgo de suicidio entre los adolescentes bipolares, que aumenta cuando existe comorbilidad con abuso de sustancias. El tratamiento farmacológico con antidepresivos (excepto paroxetina) de la depresión en niños y adolescentes con riesgo de enfermedad bipolar está contraindicado. El inicio del trastorno bipolar prepupal se asocia con antecedentes familiares de la enfermedad, pautas de agresividad e hiperactividad en la niñez y resistencia al tratamiento con litio.

Tratamiento. El fármaco que ha demostrado más efectividad y eficacia es el litio; la dosis debe titularse en 300 mg al día y medir los niveles séricos para llevarlos a un nivel terapéutico de 0.9 mg/dL (el litio es un medicamento que debe ser estrechamente supervisado a través de los niveles séricos, recordando que no debe sobrepasarse de 1.5 mg/dL NE). Se recomienda la terapia de mantenimiento con este fármaco. Debe tenerse particular cuidado con la administración de litio en familias caóticas y recordar la letalidad del compuesto en los intentos suicidas. El uso de anticonvulsivos como ácido valproico y carbamazepina es prometedor, aunque existen informes sobre ovarios poliquísticos en adolescentes con el uso de ácido valproico. El tratamiento psicosocial ha sido poco investigado; hay evidencias de la influencia familiar, sobre todo con relación a la expresión de los afectos.

Comentarios. El trastorno bipolar es una entidad frecuente que, al ser subdiagnosticada, produce disminución en el funcionamiento psicosocial de los pacientes; además existen frecuentemente antecedentes familiares, lo que dificulta aún más la detección porque los padres justifican la conducta "yo era igual". Con mucha frecuencia se confunde este trastorno con el déficit de atención, y el tratamiento es diametralmente diferente. El manejo del litio debe hacerse con extremo cuidado, pues la intoxicación es fácil por el estrecho margen de seguridad del compuesto. El manejo de la intoxicación es intrahospitalario y en terapia intensiva. A pesar de que la terapia psicosocial no está lo suficientemente estudiada, el lograr una adecuada alianza terapéutica con el paciente y la familia facilita el tratamiento. La piedra angular es sin duda la psicoeducación.

Somatoform disorders in children and adolescents:

A review of the past 10 years.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry
1997, 36: 1329-1338.

La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una condición médica subyacente, pero ésta no se encuentra y si existe no es proporcional al deterioro funcional. Los criterios diagnósticos son trasladados de los adultos por falta de investigaciones específicas en niños y adolescentes, como resaltan Gregory K Fritz, Sandra Fritsch y Owen Hagino en su revisión de los últimos 10 años. Dentro del grupo de los trastornos somatomorfos se incluyen los siguientes:

a) Trastorno por somatización que se define como la tendencia del paciente a experimentar y comunicar síntomas y molestias somáticas inexplicables por fisiopatología, que aun así las atribuye a enfermedad física y busca ayuda médica para resolverlas. Los síntomas más frecuentemente encontrados incluyen cefaleas, fatiga, dolor muscular, molestias abdominales, dolor de espalda y visión borrosa. La cefalea y el dolor abdominal recurrente son registrados hasta en el 10-30% de los escolares, y en la pubertad las experiencias emocionales desagradables frecuentemente tienen un correlato somático. Sin embargo, ninguno de estos síntomas constituye el diagnóstico de trastorno por somatización, pues los criterios fueron estipulados para adultos. Los niños con trastorno por somatización con frecuencia tienen familias con mayor índice de psicopatología y mayor prevalencia de trastornos afectivos, alcoholismo, o trastornos de personalidad. El abuso sexual es una experiencia asociada frecuentemente con este trastorno.

b) El trastorno dismórfico corporal es definido como la preocupación por un defecto leve o imaginado en la apariencia física, que produce malestar en la persona con efecto en su funcionamiento habitual. En la adolescencia es algo común, pero no hay deterioro, como en el caso del trastorno serían los gastos en cirugías plásticas y tratamientos dermatológicos. A pesar que la edad de inicio es en la adolescencia (16.9 ± 6.9 años) no hay estudios en estos grupos de edad. En la fisiopatología se ha involucrado al neurotrasmisor serotonina.

c) La hipocondriasis hace alusión al miedo persistente de padecer una enfermedad grave. El miedo surge de la interpretación distorsionada de sínto-

mas físicos y persiste a pesar de una intervención médica apropiada, lo que produce insatisfacción en el paciente y búsqueda de otros médicos y otras opiniones (situación que en inglés se conoce como "*doctor shopping*"), lo que facilita iatrogenias y complicaciones por procesos diagnósticos invasivos repetidos. La adolescente con temor de estar embarazada o el estudiante de medicina con miedo a tener la enfermedad que está estudiando no son incluidos en el diagnóstico, por la naturaleza transitoria de ambas situaciones. Existe comorbilidad con trastorno obsesivo compulsivo y con depresión mayor. La atención aumentada del adolescente sobre enfermedades como el SIDA o el cáncer es muy frecuente, pero su intensidad es por lo regular sub-sindromática y no amerita tratamiento.

d) En el trastorno conversivo, el síntoma puede sugerir patología neurológica, es más frecuente en el sexo femenino. Puede ocurrir alrededor de la pubertad y en la adolescencia, los síntomas deben producir respuestas de atención y cuidado que refuerzen el síntoma. La comorbilidad está poco estudiada; en adultos es con trastornos disociativos (91%) y afectivos (64%). El curso del trastorno es breve y remite en tres meses, la recurrencia es rara. El síntoma conversivo registrado con mayor frecuencia en niños y adolescentes lo representan las pseudocrisis. Cabe aclarar que puede coexistir con crisis convulsivas.

e) La disfunción de las cuerdas vocales es un trastorno frecuentemente no diagnosticado que se confunde con el asma, y se diferencia de éste por la ausencia de síntomas nocturnos, de sibilancias y gasometrías normales a pesar de síntomas extremos y aducción significativa de las cuerdas vocales al visualizarlas con laringoscopio.

f) Los síndromes dolorosos, la distinción del dolor real del "psicogénico" por uso de placebos no es válida, puesto que se ha demostrado la liberación de endorfinas con el uso de estas sustancias. Algunos datos que pueden orientar para diferenciarlos son: inicio del dolor después de un estresor específico, desproporción entre el dolor y el grado de disfunción que produce, clara ganancia secundaria del paciente y que las exacerbaciones del dolor sean predecibles por los estresores psicosociales.

g) El dolor abdominal recurrente es una entidad frecuente, en 10-30% de los niños y adolescentes que lo padecen, la etiología es desconocida y probablemente su origen sea funcional, se habla de una "hipersensibilidad visceral" en estudios realizados en adultos. Se han observado datos de ansiedad y de-

presión en las madres o síndromes dolorosos en familiares cercanos de niños con este padecimiento.

El tratamiento del grupo de los trastornos somatomorfos debe ser individualizado, pero comparten algunos aspectos generales; por ejemplo, la interacción entre el psiquiatra de enlace y el médico de primer contacto es la piedra angular del tratamiento. El tratamiento de comorbilidad psiquiátrica es indispensable. El manejo farmacológico con inhibidores de la recaptación de serotonina o con antidepresivos tricíclicos frecuentemente es útil; sin embargo, debe combinarse con técnicas conductuales y en algunos casos con psicoterapia individual para el paciente o familiar. La intervención de primera línea es, desde luego, la psicoeducación y adoptar un protocolo específico para cada caso.

Comentarios. Este tipo de trastornos son de difícil manejo, y con frecuencia son parte de los dolores de cabeza de pediatras y médicos generales que ven niños, pues los pacientes son con frecuencia demandantes al igual que los familiares. La canalización al paidopsiquiatra es por lo regular complicada por la falta de conciencia y los prejuicios acerca del manejo de las emociones que existen dentro del núcleo familiar de estos pacientes. Una recomendación útil es que el pediatra se apoye en el paidopsiquiatra y, de manera conjunta, apliquen pautas de tratamiento en el terreno de la psiquiatría de enlace institucional y privada. Sobra decir las dificultades de manejo por parte de las psicólogas de estas entidades.

Consultation-liaison in child psychiatry: A review of the past 10 years.

Part I: Clinical findings.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry
1998; 37: 17-25.

La psiquiatría pediátrica de enlace opera en diferentes niveles y dimensiones, que van desde el caso particular de la interconsulta con el paciente, al enlace con otros médicos y proveedores de servicios de salud; el sujeto de la consulta puede ser el niño, el familiar o algún miembro del equipo de salud, como lo hacen notar Penélope Krener Knapp y Emily S. Harris en su revisión. Problemas emocionales y del comportamiento se han visto que afectan al 18-20% de los niños que acuden a los servicios pediátricos de primer contacto. Los estudios en población epidemiológica muestran que los niños con enfermedad crónica tienen más probabilidad de tener un trastorno

psiquiátrico, especialmente aquéllos con discapacidades físicas resultado de la enfermedad. Sin embargo, existen diferencias importantes a nivel individual que tienen que ver con las estrategias de afrontamiento que incluyen la negación y la minimización del problema primario. Factores sociales, como la percepción de la enfermedad por parte del padre, el grado de control en el tratamiento, el deterioro ostensible y la frecuencia de dolor pueden amplificar o amortiguar el grado de malestar del niño.

Existen dos formas de abordar el motivo de interconsulta, a) la categórica, orientada por la enfermedad específica (asma, cáncer, SIDA) y b) la dimensional, que incluye los aspectos familiares y sociales del paciente en un contexto más integral. Dentro del abordaje categórico las entidades más estudiadas incluyen las que señalamos a continuación. En ciertos trastornos médicos, como el asma, factores relacionados al vínculo se han asociado con un curso más severo. Así mismo, problemas afectivos como la depresión, agravan el curso. En el caso de la diabetes mellitus insulinodependiente, se ha encontrado una asociación entre inadecuado control de los síntomas con pobre ajuste emocional, lo que complica el apego al tratamiento y el manejo. Los niños y adolescentes con *cáncer* pueden presentar algunos síntomas emocionales o conductuales; sin embargo, no son más frecuentes que en otros niños enfermos. Los niños con *SIDA* tienen un mayor riesgo de deterioro en su desarrollo mental y psicomotor y a menudo se ven inmersos en el seno de familias devastadas por los estigmas de la enfermedad, lo que dificulta su acceso a los servicios de salud. En lo referente al caso de los *tránsplantes de órganos*, el trasplante en sí mismo soluciona el problema médico; sin embargo, tanto el niño como la familia presentan dificultades en la adaptación tras haber perdido el papel de enfermo crónico; la adaptación requiere de un apoyo psicosocial, que es más fácil de realizar en el niño ya que a éste se le permite la verbalización de sus temores y preocupaciones. Los niños con *cardiopatías* presentan una mejor evolución cuando la madre tiene un mayor acercamiento emocional y empatía hacia su hijo, y peor pronóstico cuando ella se encuentra deprimida. Los niños con *fibrosis quística* presentan síntomas de ansiedad y depresión como principales síntomas psiquiátricos asociados. La *epilepsia* es ejemplo de una enfermedad que causa vulnerabilidad y pérdida de control en las etapas donde los niños desarrollan autonomía y habilidades. Es de difícil manejo para los padres porque representa un conflicto entre la

protección y la estimulación. La adecuada relación entre los padres y el niño incide en el curso.

La aproximación dimensional (no categórica) pone mayor atención a la persona que padece la enfermedad, incluida dentro de un núcleo familiar y en un contexto psicosocial que se ve modificado por la situación mórbida. En las familias con patrones evitativos de afrontamiento existe mayor deterioro funcional en el niño(a). El enfrentamiento a la enfermedad es mejor con un apoyo familiar adecuado, por lo que el psiquiatra de enlace debe facilitar canales expeditos de comunicación.

Los pediatras requieren respuestas cortas y accesibles cuando solicitan interconsultas de los psiquiatras, y frecuentemente su nivel de satisfacción es pobre, puesto que los factores en juego son muy complejos. Es importante el replanteamiento de las entidades médicas en términos más amplios para facilitar estrategias de solución a diferentes niveles, desde el paciente hasta el pediatra.

El psiquiatra de enlace no puede intervenir sin entender la dinámica psíquica del paciente y ser capaz de traducirla al médico que solicitó la interconsulta, agregando la variable de la familia que puede mejorar u obstaculizar la atención.

Comentarios. El trabajo en la psiquiatría pediátrica de enlace es basto y amplio; sin embargo, con frecuencia es subrequerido. Parte del problema radica en la falta de conocimiento que el especialista de primer contacto tiene acerca de las habilidades del paidopsiquiatra. Otro factor sin duda importante es la falta de seguimiento de los casos, pues los familiares tienen una imagen aún más distorsionada de la psiquiatría infantil y con frecuencia rehuyen la atención. Existen entidades clínicas que mejoran ostensiblemente su pronóstico ante el manejo conjunto. Las expectativas que de éste suelen obtener los pediatras receptivos ayudan mucho en su práctica clínica.

Consultation liaison in child psychiatry: A review of the past 10 years.

Part II: Research on treatment approaches and outcomes.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry
1998, 37: 139-146.

En los últimos 10 años han existido cambios en los enfoques de investigación para la psiquiatría pediátrica de enlace, como resalta Penélope Krener Knapp y Emily S. Harris en su revisión. Algunas preguntas

por contestar son ¿Cómo afecta la enfermedad la actitud y autoestima del niño(a)?, ¿cómo afectan los factores familiares el curso de la enfermedad?, ¿cómo afectan los factores externos al niño y la familia la evolución del padecimiento? y finalmente ¿cómo las respuestas a estas preguntas modifican las pautas y esquemas de tratamiento? Existen cuatro cambios conceptuales en la psiquiatría pediátrica de enlace que han modificado las líneas de investigación, el primero torna la atención de la enfermedad en particular al impacto psicosocial y la adaptación del niño ante diversos grupos de enfermedades; el segundo del individuo aislado considera al individuo inmerso en su contexto familiar; el tercero a partir del concepto de limitación busca el cómo hace el niño para adaptarse a vivir con su enfermedad y el cuarto aporta la inclusión de la visión del desarrollo y en qué forma se inserta el curso de la enfermedad, buscando los factores de riesgo y protectores.

Los estudios en centros primarios de atención pediátrica demuestran que hasta 15% de los pacientes presentan patología psiquiátrica frecuentemente no diagnosticada, que incide en el curso de la enfermedad médica. En los niños con enfermedades crónicas es también un factor pronóstico la patología afectiva en sus madres.

Para considerar los medios de afrontamiento y adaptación se debe abarcar el proceso que ocurre en la persona y el mundo mental del sujeto a través de su interacción con los demás. Los factores interpersonales incluyen el grado de discapacidad funcional que tenga la enfermedad, los estilos de afrontamiento y el temperamento, los factores interpersonales incluyen afrontamiento y temperamento de la madre y los factores ecosociales abarcan el funcionamiento familiar, el nivel económico, el tamaño y estructura de la red primaria de apoyo y el grado de utilización de los servicios de salud. Estos factores son recíprocos y se traslanan. Ante tantos factores, es importante establecer con precisión y detalle las características del grupo que se estudie.

La evidencia de la salud o psicopatología del paciente depende de la información que se obtenga y de la fuente de la misma; entre padres e hijos existen discrepancias, por lo que se recomienda incluir información de ambos. El nivel individual de funcionamiento del niño no es capaz de predecir el grado de ajuste a la enfermedad, tampoco el grado de psicopatología de los padres; el concepto más importante en la predicción son las atribuciones que los padres den a la enfermedad, pues determinan la utilización y búsqueda de servicios.

Las enfermedades que afectan el desarrollo del sistema nervioso presentan importantes factores de riesgo e influyen decisivamente en el autoconcepto del paciente. Los factores protectores para el niño(a) incluyen establecer relaciones interpersonales emocionalmente significativas, un buen desempeño escolar, tener buenos amigos y confidentes, y los deseos de participación y competencia.

La atención del psiquiatra infantil y del adolescente de enlace debe ser dentro de un equipo multidisciplinario y nunca se debe esperar que únicamente prescriba medicamentos sin tener contacto directo con el paciente y participación activa en el equipo de salud.

Comentarios. Los psiquiatras pediátricos de enlace tienen la visión médica, somática, interpersonal y psicosocial a los diferentes niveles que afectan al niño en su salud mental. Esta ubicación permite intervenciones más integrales que faciliten la atención y la comunicación entre el paciente, los familiares y el médico de primer contacto. El campo durante los últimos años ha ido ampliando sus horizontes, al incluir al paciente en un contexto del desarrollo, lo que sin duda mejorará el seguimiento y rehabilitación. Los cambios de premisas en la investigación de enlace mejorarán los esquemas de tratamiento, sobre todo al aumentar la participación del paciente y su familia, enfocando la enfermedad como responsabilidad y el tratamiento como derecho.

Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: A review of the past 10 years.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry
1998, 37: 352-359.

Los trastornos de la alimentación clásicos, anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), representan un grupo relativamente común y serio que requieren de una intervención cuidadosa y coordinada, como establecen Hans Steiner y James Lock en su revisión de la literatura. En este tipo de trastornos se observa la presencia de pensamientos y emociones patológicas concernientes a la apariencia, alimentación e ingesta de comida. Estos trastornos frecuentemente se conceptualizan como trastornos del desarrollo. Dentro del manual diagnóstico y estadístico en su cuarta edición (DSMIV), la anorexia y la bulimia se clasifican en la sección de los trastornos de alimentación; para ambos, la alteración de la imagen corporal puede ser expresada en diferentes

formas, ya sea como una distorsión en la experiencia de sí mismo, o como una negación de la ostensible pérdida de peso.

Epidemiología. En los diferentes estudios se ha observado un aumento de la prevalencia de ambos trastornos en los últimos 50 años. Este aumento está presente tanto en las jóvenes caucásicas de las clases media y alta de los países industrializados occidentales, como entre los otros grupos socioeconómicos y étnicos. Los porcentajes de incidencia para las mujeres de más de 20 años permanecen constantes, mientras que se han incrementado de forma significativa en las mujeres entre los 15 y 24 años. En el caso de la bulimia nerviosa, los porcentajes de prevalencia son de 1.1% para niñas y 0.2% para los niños. La mayoría de los estudios epidemiológicos señalan trastornos de alimentación leves que corresponden a los trastornos no especificados. En Estados Unidos, entre el 40 y el 60% de las jóvenes de secundaria realizan una dieta para perder peso, el 13% utilizan algún anoréxico, diurético o laxante.

Comorbilidad psiquiátrica. (La comorbilidad se refiere a la presencia de dos o más trastornos). Se ha encontrado que el 63% de las pacientes con algún trastorno de alimentación ha presentado un trastorno afectivo en algún momento de su vida. Se ha encontrado un alto nivel de trastornos de ansiedad entre los pacientes con anorexia nerviosa tras un seguimiento de seis años. El 35% de los pacientes de otro estudio mostraron concomitantemente un trastorno obsesivo compulsivo.

Factores de riesgo. Entre los antecedentes de los pacientes con estos trastornos, se encontró que en la etapa preescolar presentaban patrones maladaptativos de alimentación como pica y problemas digestivos. Entre los escolares se presentan conductas como el rehusarse a comer, conductas ritualistas con los alimentos, conductas fóbicas. En la pubertad se observó que aquellas niñas con sentimientos negativos sobre sus cuerpos tenían más riesgo de desarrollar algún trastorno de la alimentación. Otros factores de riesgo identificados son el sexo femenino, un índice alto de grasa corporal y, en algunos estudios, se encontró una alta incidencia de abuso sexual. Las familias de estos pacientes parecen ser más controladas y organizadas, mientras que las de los familiares con bulimia son más caóticas, conflictivas y críticas. El estudio de la neurobiología de los trastornos de alimentación ha demostrado diferencias en los sistemas hormonales y neurohormonales en las pacientes adultas. No está claro si estos cam-

bios son generalizados en las poblaciones de los pacientes adolescentes crónicamente enfermos, representando factores de riesgo específicos o bien el resultado de los cambios corporales por la desnutrición. Diferencias de personalidad han sido repetidamente encontradas, mostrando que las niñas anoréxicas son inhibidas, ansiosas y controladoras, mientras que las bulímicas tienden a ser lábiles emocionalmente activas y no controladoras. Las entrevistas clínicas estructuradas funcionan como instrumentos de tamizaje.

Curso natural y pronóstico. El curso natural de la anorexia nerviosa es variable, algunas pacientes se recuperan totalmente después del primer episodio, otras desarrollan un curso fluctuante con pérdidas y ganancias de peso, el resto tienen un curso de deterioro. Más de una tercera parte tiene una enfermedad afectiva recurrente y se han registrado suicidios en el 5% de estas pacientes. Aunque el funcionamiento académico y vocacional puede ser bueno, el deterioro psicológico y social persiste a pesar de la recuperación del peso. La mortalidad se encuentra entre el 3 y 10%. Las complicaciones médicas a corto y largo plazo incluyen cambios en la hormona del crecimiento, hipogonadismo hipotalámico, hipoplasia de la médula ósea, anomalías estructurales en el cerebro, disfunción cardíaca y dificultades gastrointestinales. En las adolescentes, se ha encontrado un significativo retraso del crecimiento, retraso o interrupción de la pubertad y reducción de la masa ósea. El riesgo de muerte como resultado de las complicaciones se ha estimado entre el 6 y 15%. La mitad de las muertes resultan de suicidio.

El curso de los pacientes con bulimia también es variable. La mayoría siguen un curso de fluctuaciones crónicas, dos terceras partes recaen dentro del primer año de aquellos que se recuperan de un segundo episodio, la mitad vuelven a recaer. La bulimia generalmente comienza en la adolescencia tardía o en el adulto joven. Aunque los pacientes experimentan variaciones en el peso, raramente alcanzan la pérdida de peso de la anorexia. Las complicaciones son la hipokalemia, lesiones esofágicas, disturbios gástricos, deshidratación, cambios en la presión arterial. Tratamiento y resultados.

El tratamiento de la anorexia nerviosa requiere tomar en cuenta aspectos individuales, familiares, médicos y nutricionales. La meta inicial del tratamiento es restaurar la salud física. El índice de masa corporal es una estimación más precisa de salud. La hospitalización está limitada a períodos

breves de restauración de peso y alimentación. La investigación psicofarmacológica para la anorexia nerviosa ha sido examinada en muestras adultas, pero el papel de estos factores en los adolescentes no ha sido explorado. La mayoría de los estudios han explorado a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, en términos de preventión de las recaídas. Algunos estudios sugieren que la terapia cognitiva conductual es útil. Datos disponibles apoyan el modelo dimensional, donde las variables biológicas, culturales y sociales juegan un rol importante en la patogénesis, diagnóstico y tratamiento.

Comentarios. Dentro de la consulta pediátrica es más frecuente encontrar lo que se conoce como trastornos de la conducta alimentaria no especificados que, sin cumplir con los criterios específicos de bulimia o anorexia, representan frecuentemente formas subsíndromáticas mixtas. El tratamiento de estos trastornos es complicado y normalmente la

evolución es tórpida, los riesgos médicos y la tasa de suicidio los convierten en entidades que deben ser atendidas en forma conjunta con el psiquiatra de enlace o referidas al paidopsiquiatra. La terapia familiar ha demostrado buenos resultados, sin embargo no puede ser utilizada en forma aislada. Otra buena opción de tratamiento es la psicoterapia de grupo específico con problemas de alimentación (anoréxicas con bulímicas).

Dirección de correspondencia:

Dr. José Arturo Mendizábal
Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro
Eugenio 1602-A Col. Narvarte 03020
México, D.F. Deleg. Benito Juárez
Tel. 55 43 36 66 FAX. 55 36 10 95
E-mail: lukos@dfi.telmex.net.mx