

Investigación en Psiquiatría del Desarrollo

M.E. Garralda

Londres

RELACIONES PSICOSOMÁTICAS Y BÚSQUEDA DE AYUDA MÉDICA

La investigación en psiquiatría del desarrollo infanto-juvenil ha progresado en los últimos veinte años. Los rasgos básicos de los trastornos psiquiátricos en la infancia —los problemas comunes: trastornos emocionales y conductuales, así como los más excepcionales como el autismo y el síndrome severo hiperactivo— son ahora bien conocidos. Junto al desarrollo de los sistemas de clasificación como el ICD-9 y DSM-III, ha habido un avance importante en la definición de estos trastornos, tanto para propósitos clínicos como de investigación. Han habido también importantes avances en el desarrollo de medidas evaluativas de dichos trastornos. El resultado ha sido un incremento en la uniformidad de criterios que ha abierto el camino para la investigación, con el ánimo de proseguir estas descripciones clínicas básicas hasta su subcategorización y para la posterior investigación

de posibles factores etiológicos, así como de resultados de los tratamientos.

Esta revisión se centrará en los resultados obtenidos al aplicar métodos empíricos de investigación en el estudio de la influencia de los problemas psiquiátricos del niño a la hora de solicitar ayuda médica y nos servirá para comprender mejor los trastornos psicosomáticos en la infancia y sus consecuencias. Estas son, en estos momentos, incipientes áreas de investigación en psiquiatría infantil, pero podrían tener una importante influencia en la manera de practicar pediatría y paidopsiquiatría en el futuro. Este trabajo ha utilizado métodos de investigación tradicionales. Hemos podido constatar que aunque estos métodos han sido adecuados para nuestros propósitos, ha resultado progresivamente aparente la necesidad de desarrollar nuevos métodos si queremos que la investigación continúe en esta área.

EL ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO EN PSIQUIATRÍA INFANTIL

El principal punto de inicio en la investigación empírica de los trastornos psiquiátricos infantiles se ha producido, no sin discusión, en el área de la epidemiología psiquiátrica, debido a su necesidad de definir nuevos casos y

Profesor de Psiquiatría del Niño y del Adolescente
St. Mary's Hospital Medical School
Horace Joules Hall
Central Middlesex Hospital
London NW10 7NS

Traducción: J.E. de la Fuente Molina

desarrollar métodos de investigación estandarizados, válidos y fidedignos.

Los primeros estudios epidemiológicos en psiquiatría infantil se llevaron a cabo en los años 60 y 70 en Gran Bretaña en el Instituto de Paidopsiquiatría por el equipo de M. Rutter y en el Instituto de Salud Infantil por el equipo de P. Grahan y N. Richman. Todas las muestras de población infantil, de diferentes edades, fueron evaluadas usando cuestionarios estandarizados y entrevistas con los padres, maestros y niños. Estos estudios han supuesto el modelo a seguir para subsiguientes encuestas epidemiológicas. Posteriores estudios en varios países han confirmado los primeros resultados. (Rutter et al, 1970; Rutter et al, 1974, 1975; Richman et al, 1982; Brandenburg et al, 1990).

En los estudios británicos una gran cantidad de esfuerzo se concentró en la definición de «Trastorno Psiquiátrico». Finalmente se decidió hacer servir lo que ha sido llamado «enfoque de diagnóstico clínico»; se trata del juicio clínico de experimentados psiquiatras infantiles, atendiendo a la información estandarizada, recopilada cuidadosamente, sobre el comportamiento del niño, obtenida de diversas fuentes. Se observó la presencia de trastorno cuando existía anormalidad en el comportamiento, en las emociones o en las relaciones, que se prolongaba durante el tiempo de evaluación y era lo suficiente marcada y prolongada como para causar dificultades o aflicción al niño o perturbación en la familia y/o sociedad. El término dificultades (handicaps) se usó en el amplio sentido de cualquier incapacidad que impidiera al niño, de alguna manera, manejarse en su vida diaria. Esta era una evaluación dinámica (activa, continua, progresiva), más que una descripción estática, en la cual el funcionamiento del niño era valorado en relación a lo que era normal para la edad y en relación al proceso del desarrollo psíquico. El nivel de comportamiento del niño, por supuesto, fluctúa considerablemente y fases transitorias de incapacidad pueden ser normales.

Los resultados de éste y posteriores estudios

han mostrado que los trastornos psiquiátricos están presentes entre el 10 y el 25% de los niños de la población en general. Los porcentajes varían con la edad del niño, siendo ligeramente más altos en la adolescencia y cuando existen desventajas psicosociales. Por ejemplo, el porcentaje de trastornos en la población infantil de 11 años de Londres fué el doble que en la de la isla de Wight; esto estaba ligado a la existencia del doble de porcentaje de desventajas psicosociales en Londres. Las desventajas se mensuraron, familiares: presencia de discordia familiar; disarmonía marital, niños adoptados, desviación o trastorno mental o criminalidad en los padres; y sociales: procedencia de familia numerosa y hacinamiento en viviendas de alquiler.

En muchos encuadres los trastornos psiquiátricos que representan la mayoría de la patología son los Trastornos de Conducta —cuyos principales síntomas se dan en el área del comportamiento antisocial tales como la mentira y los novillos escolares— y los Trastornos Emocionales, ligeramente menos frecuentes, con síntomas como ansiedad y aflicción.

Los estudios de P. Grahan y N. Richman, en niños de tres años de Londres, mostraron un porcentaje de trastornos sobre el 20%, persistiendo estos trastornos al llegar a la edad escolar en una considerable proporción: dos tercios de esos niños.

Estos estudios epidemiológicos no tuvieron en cuenta la presencia de trastornos psicosomáticos, y aunque el vínculo con la solicitud de ayuda médica se previno, así y todo resultó ser alto particularmente en los niños de tres años de Londres; las razones del alto número de consultas no se estudiaron.

Desde el punto de vista de la salud pública, un punto sorprendente es que la mayoría de los niños con trastornos no se encuentran bajo cuidados psiquiátricos: una constante en la bibliografía es el hecho de que únicamente un 10% de ellos se encuentra en tratamiento psiquiátrico. Este hecho insta a preguntarse que medidas deberían tomarse para atender las necesidades psiquiátricas de la mayoría de estos niños afectados.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN NIÑOS QUE SON ATENDIDOS EN SERVICIOS PEDIÁTRICOS AMBULATORIOS

Un posible marco apropiado para responder a las necesidades psiquiátricas de los niños son los servicios sanitarios pediátricos. La mayoría de los niños acuden a la consulta del médico de cabecera o a los servicios pediátricos de atención primaria en el transcurso del primer año de vida, y el trastorno psiquiátrico es considerado uno de los motivos por el que los padres llevan sus hijos al médico. Sin duda, muchas madres de niños perturbados utilizan los médicos de cabecera y los pediatras como fuente de ayuda principal. Este hecho podría ser debido a un desconocimiento general sobre psiquiatría infantil y el tener en cuenta que la enfermedad mental es muy rara en la niñez y no el principal motivo para acudir a los servicios de psiquiatría infantil. Cabe también la posibilidad de que al coexistir frecuentemente síntomas somáticos y psíquicos los padres prefieran acudir con los síntomas físicos de sus hijos a las consultas pediátricas.

La contribución de los trastornos psiquiátricos en el trabajo efectuado por las consultas pediátricas ha sido muy escasamente estudiado. La investigación en esta área está muy retrasada respecto a la llevada a cabo en el marco de la población general, la educación o la psiquiatría. En parte esto es debido a la naturaleza dual de la mayoría de la práctica médica y al hecho de que los pediatras están más versados en los aspectos físicos del trabajo que en los psicológicos. Aunque no siempre ha sido así. En su artículo sobre la prehistoria de la psiquiatría infantil, A. Walk describió que el interés de los pediatras por los problemas psicológicos de los niños se remontaría, por lo menos, a mediados del s. XVI. Es posible que con los progresivos avances técnicos en pediatría los aspectos psicológicos hayan resultado relativamente desatendidos.

En nuestra investigación nos preguntamos si los servicios pediátricos se encontraban en buena posición para identificar y responder a los trastornos psiquiátricos de los niños. Los resultados dieron buena evidencia de que éste es el caso. Trabajos anteriores habían muestra-

do que el 1-5% de los niños llevados al pediatra lo eran principalmente por síntomas psicológicos (Coleman et al, 1977; Goldberg et al, 1984). Hay ahora evidencia de que coexiste enfermedad psiquiátrica en un considerable número de niños con síntomas somáticos y que el trastorno psiquiátrico es más común entre los que son llevados a las consultas pediátricas que en la población general (Giel et al, 1981; Garralda et al, 1986; Costello et al, 1989; Bowman et Garralda, 1991). Hay indicios de que el trastorno psiquiátrico podría ser el doble de frecuente entre los niños que acuden a asistencias médicas que entre los de la población general; es particularmente común en los niños que acuden a las consultas frecuentemente, teniendo los más altos porcentajes de asistencia, siendo también los más propensos a estar en contacto con los servicios hospitalarios. Estos datos destacan la importancia de posibles dificultades emocionales y conductuales entre los niños que acuden a los servicios de pediatría y medicina general, que se cuestionaban esta relación particularmente entre los considerados como usuarios frecuentes.

En la actualidad hay también consistente evidencia de que algunos trastornos psiquiátricos son preferentemente comunes entre los niños que acuden a los servicios médicos. Este es, por ejemplo, el caso particular de los trastornos emocionales con síntomas de ansiedad y tristeza. Entre la mitad y las dos terceras partes de los niños asistidos en servicios médicos tienen trastornos emocionales, confirmando la correlación entre estos trastornos y los síntomas físicos en la infancia. Los trastornos emocionales son los más susceptibles de ser resueltos mediante tratamiento, lo que nos lleva a cuestionarnos la viabilidad de las intervenciones terapéuticas en los centros de asistencia primaria.

¿POR QUÉ ACUDEN MÁS A LOS SERVICIOS PEDIÁTRICOS LOS NIÑOS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS QUE LOS NO AFECTADOS?

Las razones de esta pregunta no pueden ser

atribuidas a ningún síntoma físico específico. Los niños de diez años que acuden a medicina general tienden a presentar síntomas tales como ansiedad y enuresis, pero también fiebre del heno, hemorragias nasales y sarna. Aunque la ansiedad y la enuresis pueden ser síntomas de trastorno psiquiátrico, la conexión de éstos con la fiebre del heno, las hemorragias nasales y la sarna está lejos de ser obvia. En los niños atendidos en los servicios pediátricos hospitalarios no se ha encontrado ninguna conexión perceptible entre la presencia de síntomas somáticos y trastornos psiquiátricos. El único rasgo que tiende a ser asociado es el nivel de actividad. Los niños con trastornos son menos propensos a tener niveles normales de actividad y más a menudo son catalogados como hiperactivos, o a la inversa, como cansados y aletargados. Los síntomas de cansancio y apatía se han convertido en tópicos debido a la «popularidad» de los síndromes de fatiga, aunque son probablemente menos usuales (o usados) en niños que en adultos.

A la hora de explicar la creciente presencia de niños con trastornos psiquiátricos en las consultas pediátricas, es esencial tener en cuenta factores familiares y maternos. Estos niños reflejan tanto las inquietudes de sus padres como el tipo de sintomatología presente. Parece muy probable que la principal razón por la que los niños afectados psicológicamente acuden más a las consultas sea debido al estrés familiar. Mechanic (1964) observó que las madres que se encuentran bajo estrés no sólo relataron más síntomas de enfermedad en cuanto a ellas se refiere, sino también más síntomas de enfermedad en sus hijos. Estas madres eran más propensas a llamar al médico en lo concerniente a la salud de sus hijos. Roughman y Haggerty (1972) mostraron una asociación entre el estrés en la familia y el uso exagerado de los servicios de salud, exclusivamente en el caso de los niños y no en el de las quejas de la madre, y Tuch (1975) descubrió que las madres eumenstruales eran más aptas a la hora de llevar a sus hijos a las clínicas pediátricas que no las de período menstrual irregular; que las primeras consideraban

que sus hijos estaban menos graves y con enfermedades más cortas que las segundas.

Hay también evidencia de que el estrés de los padres, centrado en el hecho de cuidar de los hijos, está estrechamente ligado a los trastornos psiquiátricos de los niños que acuden a los centros médicos. Parece ser que en estos padres el estrés producido por los niños pesa mucho más que cualquier otro de causa psicosocial. Los padres de los niños con trastornos se quejan de las dificultades para controlar a sus hijos y se preocupan por la salud del niño y como va en la escuela; esto probablemente contribuye en un grado importante a la asistencia a los centros médicos. Así es bien conocido por los pediatras que los padres llevan a sus hijos a las consultas por muchas y diversas razones subyacentes. Yudkin (1961) describió esto gráficamente en relación con los niños que acudían a su consulta con resfriados; las inquietudes subyacentes variaban desde la preocupación de las madres por los conflictos con sus suegras o si sus hijos estaban siendo educados correctamente, intranquilidad por si el niño pudiera tener tuberculosis como otros miembros de la familia, preocupación por el asma debido a muertes de parientes, intención de que el doctor prescribiera vacaciones para así «aligerarse» del niño, discusiones sobre los hábitos alimentarios del niño, o el deseo de ayuda para atender al niño en casa en los casos de los niños que rehusaban ir al colegio.

Las madres, de los niños con trastornos que acuden frecuentemente a las clínicas, tienen una percepción diferente de la severidad de los problemas de sus hijos que las otras madres, pues tienden a describir a los niños como más aletargados, generalmente con salud más delicada y con más desventajas debido a sus síntomas físicos. Estas percepciones no son reflejo de los temores hipocondríacos de las madres sobre su propia salud, sino que parece que los han enfocado en el niño. Esto indica que las ayudas a estas madres deberían dirigirse hacia cuestiones como las actitudes parentales sobre la salud de sus hijos o sobre su autoconfianza a la hora de afrontar el comportamiento de la niñez, para que puedan tener un respiro e

incluso (con optimismo) darles incrementados sentimientos de competencia.

Todo esto puede hacerse exitosamente. En un estudio piloto sobre niños que acudían frecuentemente a asistencia primaria y que tenían trastornos psiquiátricos, a las madres se les ofreció una consulta, en la misma clínica, dirigida a incrementar su confianza para tratar el comportamiento de su hijo. Dos tercios de las madres aceptaron y la mayoría afirmaron, posteriormente, durante un seguimiento de tres meses, que la consulta les había ayudado. Esto es prometedor e indica la necesidad de posterior investigación para mejorar nuestro conocimiento sobre los tipos de intervención que se puede lograr en estos marcos de actuación y sobre sus resultados (Coverley et al, 1991).

IDENTIFICACIÓN MÉDICA DEL TRASTORNO PSIQUIÁTRICO

Un requisito básico para que el médico pueda iniciar una intervención terapéutica en asistencia primaria es la previa identificación del trastorno psiquiátrico en el niño. En los estudios realizados, dicha identificación es baja: la mitad son derivados a entrevistas psiquiátricas, con considerable variación en el porcentaje entre médicos (Garralda 1990). Sin embargo, los médicos identifican los problemas más severos y lo hacen con alta especificidad de reconocimiento, indicando que ellos no tienden a identificar los niños sin trastornos de la misma manera que los que presentan trastornos. La necesidad es, por lo tanto, de incrementar la sensibilidad a la hora del reconocimiento por parte del médico, de ligeros y concretos trastornos, y a la hora de iniciar tratamientos principalmente dirigidos a esas perturbaciones emocionales ligeras. En la bibliografía pediátrica hay evidencia de que altos niveles de estímulo y empatía por parte de los pediatras conllevan a la resolución o reducción de las preocupaciones de las madres, mientras que las promesas no conducen a los mismos resultados. También podrían estimular la autoconfianza de las madres, la confección

de informes específicos empáticos y animosos, a la vez que serían especialmente apropiados para los padres de niños con trastornos que acuden a las clínicas pediátricas generales (Wasserman et al, 1984).

Además, los pediatras que trabajan en asistencia primaria y centros hospitalarios remiten comúnmente a las clínicas psiquiátricas. De acuerdo con lo comentado anteriormente, tienden a remitir los niños con trastornos más severos, especialmente niños con comportamientos antisociales (Garralda y Bailey, 1988). En estos casos, el estrés materno referido a la habilidad de la madre para controlar los comportamientos antisociales de sus hijos, parece ser uno de los más importantes factores por lo que los niños de siete a doce años son remitidos a psiquiatría infantil, un hecho éste que necesita reconocimiento y tratamiento (Bailey y Garralda, 1989).

PROBLEMAS «COMUNES» PSICOSOCIALES EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA AMBULATORIA

A la hora de considerar la contribución de los factores psicológicos que determinan la consulta del niño a los servicios médicos, el concepto de trastorno psiquiátrico es insuficiente para describir el campo de posibilidades. Así, está ampliamente reconocido que síntomas somáticos del niño pueden verse agravados por problemas psicológicos no lo suficientemente severos o perjudiciales como para considerarlos como trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, el estrés familiar puede empeorar el asma o los dolores abdominales cuando hay ausencia de síntomas conductuales o emocionales en el niño. Para establecer que esto está ocurriendo es necesario tener en consideración el juicio pediátrico sobre si problemas psicológicos de cualquier tipo están presentes, manteniendo o agravando los síntomas físicos. Como ya se ha indicado, los factores psicológicos pueden o no solaparse con los trastornos psiquiátricos. Esto representa la aproximación holística de las relaciones somato-psicológicas.

Algunas encuestas han aplicado este amplio concepto holístico de los problemas psicósomáticos y han encontrado altos porcentajes psicósomáticos: del 20% en asistencia primaria pediátrica y del 50% en las realizadas a niños de siete a doce años que acudían a las consultas hospitalarias. Estos datos demuestran un alto grado de sensibilidad y vigilancia respecto a estos problemas por parte de muchos médicos (Garralda y Bailey, 1987; 1990). Los niños con problemas psicósomáticos, así identificados, tienen un exceso de síntomas emocionales y conductuales con cambios de humor y problemas de relación, pero la mayoría no sufren de trastornos psiquiátricos, aunque diferentes tipos de problemas psicológicos parece que estén relacionados. Aquí se incluyen rasgos de personalidad, como cuando los niños son descritos como nerviosos y sensibles. Estos rasgos pueden ser la base de las relaciones somato-psicológicas en muchos casos. Es posible que ciertos rasgos temperamentales estén relacionados únicamente con ciertos síntomas físicos; por ejemplo, ansiedad, timidez, aprensión por gente desconocida o por situaciones nuevas, llanto fácil, y un estilo temperamental irregular, parecen tener relación en los casos de niños con abdominalgias.

Un factor familiar asociado a síntomas psicósomáticos en el niño son las enfermedades familiares, particularmente las que cursan con problemas físicos severos, acaecidas recientemente. Estos problemas sensibilizan, probablemente, a los padres respecto a los problemas de salud de sus hijos y aumentan su deseo de búsqueda de ayuda médica, especialmente en las madres cuya habilidad para «arreglarselas» se ve disminuida, como se evidencia en su necesidad de medicación psicotrópica. El exceso de enfermedades físicas en estas familias pueden llevar a conceptos erróneos sobre los síntomas de los niños y posteriores ansiedades de los padres e hijos. Bass y Cohen (1982) encuestaron a los padres sobre los motivos de consulta pediátrica: alrededor de una tercera parte de los padres dejaron entrever algunos miedos encubiertos de que algo mucho peor y más serio le ocurría al niño, de lo que habían

anticipado como el motivo de la consulta. Relaciones familiares muy cerradas son descritas, a menudo, en los trastornos psicósomáticos, en la misma línea que padres sobreenvolventes; se ha observado a menudo como relevante en las quejas psicósomáticas infantiles, sin embargo no ha sido confirmado por investigaciones sistemáticas que hicieran tomar medidas estandarizadas para asesorar a los padres sobre su comportamiento. Hay necesidad de posteriores confirmaciones. Diferentes medidas, de las posibles hasta ahora, necesitarán ser desarrolladas en orden a investigar los aspectos psicológicos de estos trastornos.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS ENFERMEDADES PEDIÁTRICAS CRÓNICAS EN EL NIÑO

Aspectos generales (1)

Otra área donde el uso de la psicología es de alta relevancia para los cuidados pediátricos es la de las enfermedades físicas crónicas. Alrededor del 5% de los niños de la población general, tienen enfermedades o trastornos físicos crónicos, mayoritariamente: asma, epilepsia y diabetes, así como eczemas y otros estados atópicos. Mucho se ha escrito sobre los aspectos psicológicos de la enfermedad física. Los primeros autores enfatizaron su influencia etiológica en enfermedades tales como el asma. Se asumía que el estrés era un factor causal importante para el desarrollo de ésta y otras enfermedades, como por ejemplo la aparición de eczemas. Únicamente debido a un mejor entendimiento de los factores etiológicos-biológicos y al advenimiento de métodos fiables de asesoramiento en los trastornos psiquiátricos, ha sido posible esclarecer muchas de estas nociones. Los hallazgos en la investigación han ayudado a dar alguna perspectiva al panorama general.

Las encuestas epidemiológicas han mostrado, consistentemente, que el trastorno psiquiátrico se ve incrementado en niños con enfermedades físicas crónicas, especialmente cuan-

do está involucrado el sistema nervioso central. Estas encuestas también han demostrado, sin embargo, que la mayoría de los niños con enfermedades físicas no sufren trastorno psiquiátrico y que esto último no puede, por tanto, ser considerado como un hecho generalmente causal.

La investigación reciente muestra que para entender las conexiones somato-psicológicas en estos casos, es importante tener en cuenta aspectos de la enfermedad tales como su gravedad, la minusvalía que reporta, los tratamientos empleados, así como la edad del niño. También es esencial tomar nota de los métodos empleados para estudiar el trastorno, incluyendo quién ha sido entrevistado (niño, padres, profesores, o todos ellos) y los aspectos que han sido estudiados con las entrevistas (trastornos psiquiátricos, relaciones sociales, dependencias afectivas).

Ultimo estadio de la enfermedad renal crónica: trastorno infantil (2)

La importancia de tener en consideración estas cuestiones se demuestra en nuestro trato con los niños con enfermedad renal crónica. El fallo renal crónico, en su último estadio, es un trastorno excepcional cuyo tratamiento, al igual que en otras enfermedades severas como la fibrosis quística, ha mejorado notablemente en la última década, aunque todavía no se haya encontrado ninguno resolutivo total. La diálisis y los trasplantes han revolucionado la terapéutica, alargando las expectativas de vida de estos niños hasta la edad adulta, aunque debe considerarse que esto pueda ir en detrimento de la calidad de vida.

Hemos estudiado niños con este proceso en varios grados de severidad, diferentes fases del tratamiento y diferentes grupos de edad. Utilizamos una metodología similar a la llevada a cabo en las encuestas epidemiológicas, incluyendo información adecuada a los padres, profesores y a la edad de los niños, para valorar el trastorno psiquiátrico. Nuestro trabajo mostró que el trastorno psiquiátrico es ma-

yor en niños y adolescentes con esta enfermedad, al compararlos con los niveles estipulados de salud, y que existe una tendencia a marcadas dificultades psicológicas en estos pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Problemas psicológicos ligeros eran más frecuentes en el grupo de los menos afectados físicamente, aquéllos que todavía no habían alcanzado el punto de necesitar diálisis (Garralda et al, 1987). También observamos que determinados problemas psiquiátricos en el grupo de diálisis, tenían mayor constancia en las entrevistas de los padres que en las de los niños, mientras que el resultado contrario se daba en los sujetos sanos o en los del grupo de nodiálisis, como hubiera sido de esperar de un muestreo predominantemente adolescente. Es pues probable que estos resultados sean reflejo de inmadurez evolutiva y dependencia prolongada de sus padres, de los niños en diálisis.

Los niños con formas menos severas de enfermedad renal crónica, presentaban más problemas psicológicos ligeros; estos problemas aparecían característicamente en los cuestionarios de los profesores: un hallazgo compatible con otros y que muestra que el reajuste escolar es más pobre en los niños menos disminuidos con artritis juvenil crónica (Mc Anarney et al, 1974).

Aspectos Familiares

La investigación en niños con trastornos crónicos severos muestran que la disrupción de la vida familiar es muy común, y que hay una tendencia en los padres a mostrar más problemas de salud mental. Sin embargo, aunque muchos padres relatan que la enfermedad del niño causa impacto en su matrimonio, la ruptura marital no se relaciona con el estado de la enfermedad. Esto es debido a que el estrés provocado por la enfermedad origina en algunos casos que la pareja esté más unida, mientras que en otros casos conduce a la ruptura. Similares resultados se obtuvieron al incrementarse el estrés subjetivo de los padres en un número determinado de áreas psicoso-

ciales, pero también en el incremento de los apoyos, y de los efectos de diversos estresantes y probablemente apoyos dados a ellos mismos en muchos casos. (Reynolds, et al, 1988).

Quizás las dificultades sociales más consistentes narradas por los padres, son el estrés económico y los problemas con los restantes hijos, indicando que el necesario incremento del cuidado maternal respecto al niño enfermo puede causar tensión en la relación de los padres con el resto de la familia y afectar su desarrollo. Queda claro, por tanto, que el reajuste de los hermanos de los niños severamente afectados necesita de las consultas pediátricas.

Nuestro trabajo muestra que las preocupaciones de los padres, sobre el niño enfermo, abarcan los pronósticos médicos y, en alto grado, rasgos evolutivos tales como el crecimiento. Esto enfatiza la necesidad que tienen los consultorios pediátricos de abordar ampliamente la atención de los niños desde una perspectiva evolutiva, así como también las ayudas a los padres.

Los padres tienden a reportar altos grados de trastornos mentales, particularmente en las fases agudas de la enfermedad. Estas reacciones de reajuste psiquiátrico son también comunes, pero muchas remiten al mejorar la condición física.

Otro aspecto de la vida familiar que se trastorna es el soporte o apoyo que se obtiene de la vida social con los amigos. Es muy probable que el apoyo a los padres solamente se pueda realizar de una forma intermitente, particularmente en los tiempos de dificultad aguda o en los problemas de salud del niño. Partiendo de una base a largo plazo, la ausencia de soporte social sugiere que las madres de estos niños son las que probablemente se beneficiarían de los grupos sociales o de los grupos de padres, en los que hay una oportunidad de contactar con otros padres que están en su misma situación.

Se ha encontrado que, a menudo, los padres de niños con severas condiciones médicas deficitarias, hacen constar problemas laborales o de resentimiento cuando su trabajo les impide

verse incluidos en el tratamiento y en el poder estar con su hijo en el hospital. Realizar un esfuerzo especial a la hora de incorporar a los padres a los diversos aspectos del cuidado del niño podría aumentar su sentimiento de satisfacción en otras áreas de su vida, como en el trabajo.

Tratamiento

La introducción de nuevos tratamientos puede provocar un marcado cambio en el reajuste, tanto del niño como de la familia. En nuestro trabajo con niños en la última fase de una insuficiencia renal crónica, el trasplante renal tuvo un impacto importante. La mayoría de las madres notaron que los niños habían mejorado, no sólo físicamente sino también psicológicamente, aunque es de reseñar que algunos niños empezaron a mostrar trastornos conductuales menores que no tenían cuando estaban más graves y presumiblemente incapacitados, a mostrar síntomas como hiperactividad o rabietas.

Tras el trasplante, estos niños obtuvieron más bajos marcadores depresivos en los cuestionarios, mientras que los de hemodiálisis o prediálisis obtenían valores más altos. Hemos encontrado bajos indicadores de concepto sobre sí mismo en los sometidos a hemodiálisis, pero marcadores normales en los de prediálisis o tras trasplante. Esto sugiere que los sentimientos depresivos mejoran con el trasplante y que un bajo concepto de sí mismo está asociado a los aspectos más perjudiciales de la enfermedad. También hay datos sobre el mayor éxito del niño en sus relaciones sociales al ser menor la minusvalía causada por la enfermedad. En nuestra encuesta, sólo un tercio de los niños en hemodiálisis sintieron que tenían un amigo especial, en contraste con la mitad de los de prediálisis, el 68% de los trasplantados y el 82% de los sanos, habiéndose establecido los controles por edad y sexo. Similarmente descubrimos que había un marcado descenso en los problemas «nerviosos» o de estrés en las madres tras el trasplante, que

las puso a la par con las de los niños sanos y mejor que las madres de los grupos de hemodiálisis o prediálisis (Reynolds et al, 1991).

En los niños seriamente afectados, los trastornos psiquiátricos están a menudo ligados a los eventos del estado médico del niño; un niño se volverá marcadamente depresivo tras una agudización severa de la enfermedad con riesgo para su vida, o desarrollará dificultades de alimentación relacionadas con restricciones de la dieta que a su vez causarán un empeoramiento de su condición médica. No es por lo tanto posible tratar con los aspectos psiquiátricos de la enfermedad en solitario y aparte de los aspectos físicos.

Es necesaria una estrecha coordinación pediátrica-psiquiátrica para actuar en estas dificultades. El esquema más común, cuando un psiquiatra infantil entra a formar parte de la unidad pediátrica y se le refieren casos, es que él o ella discutan regularmente con los pediatras hasta que la unidad pediátrica se sienta segura de sí misma a la hora de tratar con los aspectos psiquiátricos y que decrezca la intervención del paidopsiquiatra, consistiendo la mayoría de su trabajo en sesiones consultivas con los pediatras.

CONCLUSIÓN

Para concluir, la investigación en psiquiatría infantil ha conducido a un marcado incremento en nuestro conocimiento de las conexiones somato-psicológicas y en los aspectos psiquiátricos de la búsqueda de ayuda médica para los niños. Esta investigación resalta la necesidad¹ de una mejor identificación de los niños con trastornos y de encontrar modos de tratarlos en los centros médicos²; para los psiquiatras infantiles el cooperar en el trabajo pediátrico, especialmente desarrollando estrechas relaciones con las unidades especializadas que tratan a los niños con enfermedades pediátricas crónicas severas, en orden a facilitar apoyo a los padres y a promover el desarrollo psicológico del niño así como su mejora física.

Necesitamos entender mejor y claramente el

mecanismo que conduce a la somatización en los niños y al trastorno psiquiátrico en los niños con enfermedades crónicas. También necesitamos determinar mejor como las actitudes de los padres hacia la búsqueda de ayuda médica, afectan las crecientes asistencias de los niños con trastornos. Los niños con trastornos psiquiátricos que acuden a menudo, a los servicios pediátricos, la mayoría son con problemas psiquiátricos ligeros, que sin embargo merecen la pena sean atendidos pues predicen posteriores trastornos serios. La mejor opción para la prevención secundaria y terciaria de los problemas de salud mental de los niños, podría basarse en la intervención en la asistencia primaria y en los servicios pediátricos. Este podría ser uno de los mayores retos para los paidopsiquiatras y pediatras en el futuro.

Bibliografía

1. BAILEY D & GARRALDA M.E. *Referrals to child psychiatry: parent and doctor motives and expectations*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30, 449-458, 1989.
2. BASS, L. y COHEN, R.L. *Ostensible versus actual reasons for seeking pediatric attention: another look at the parental ticket of admission*. Pediatrics, 70, 870-874, 1982.
3. BOWMAN, F.M. y GARRALDA, M.E. *Frequency of surgery attendance and psychiatric morbidity in childhood*. [In preparation]
4. BRANDENBURG, N.A, FRIEDMAN, R.M y SILVER, S.E. *The Epidemiology of Childhood Psychiatric Disorders: Prevalence Finding from Recent Studies*. Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 29: 1, 76-83, 1990.
5. COSTELLO E.J, COSTELLO A.J., EDELBROCK C, BRUNS B.J. DULCAN M.K., BRENT D y JANISZEWSKI S. *Psychiatric disorders in pediatric primary health care: prevalence and risk factors*. Archives of General Psychiatry, 45, 1105-1116, 1989.
6. COLEMAN J.V., PATRICK, D.L. y BAKER, S.M. *The mental health of children in an HMO program*. Journal of Pediatrics, 91, 150-153, 1977.
7. COVERLEY, C.T., GARRALDA, M.E. y BOWMAN, F. *A short psychiatric intervention in general practice: A pilot outcome study*. Poster presented at the Spring Meeting of the Child Psychiatry Section of The Royal College of Psychiatrists, London, March 1991.
8. GARRALDA M.E. y BAILEY D. *Psychological deviance in children attending general practice*. Psychological Medicine, 16, 423-429, 1986a.

9. GARRALDA M.E. y BAILEY D. *Children with psychiatric disorders in primary care*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 27, 611-624, 1986b.
10. GARRALDA M.E. y BAILEY D. *Psychosomatic aspects of children's consultations in primary care*. European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 236, 319-322, 1987.
11. GARRALDA M.E., REYNOLDS J.M., JAMESON R.A. y POSTLETHWAITE R.J. *Psychiatric adjustment in children with chronic renal failure*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 29, 79-90, 1988.
12. GARRALDA M.E. y BAILEY D. *Child and parental factors related to the referral of children to child psychiatry*. British Journal of Psychiatry, 153, 81-89, 1988.
13. GARRALDA M.E. y BAILEY D. *Psychiatric disorders in general paediatric referrals*. Archives of Disease in Childhood, 64, 1727-1733, 1989.
14. GARRALDA, M.E. *Psychiatric and Psychosomatic Aspects of Children's Consultation in Primary Care*. In: *Early Detection of Psychiatric Disorders in Children*. (Ed) H. van Engeland. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger, 1990.
15. GARRALDA, M.E. BAILEY D. *Paediatrician identification of psychologic factors associated with general paediatric consultations*. Journal of Psychosomatic Research, 34, 303-312, 1990.
16. GIEL, R., ARANGO, M.V., CLIMENT, C.E., HARDING, T.W., IBRAHIM, H.H.A., LADRIDO-IGNACIO, L., SRINIVASA MURTHY, R., SALAZAR, M.C., WIG, N.N. & YOUNIS, Y.O.A. *Childhood mental disorders in primary health care. Results of observations in four developing countries*. Paediatrics, 68, 677-683, 1981.
17. GOLDBERG, I.D., CLAUS, J., ROGHMANN, J., McINERNEY, T.K. y BURKE, J.D. *Mental health problems among children seen in pediatric practice: prevalence and management*. Pediatrics, 73, 278-293, 1984.
18. McANARNEY, E.R., PLESS, I.B., SATTERWHITE, B. & FRIEDMAN, S.B. *Psychological problems of children with chronic juvenile arthritis*. Pediatrics, 53, 523-258, 1974.
19. MECHANIC, D. *The influence of mothers on their children's health attitudes and behaviour*. Pediatrics, 33, 444-453, 1964.
20. REYNOLDS J.M., GARRALDA M.E., JAMESON R.A. y POSTLETHWAITE R.J. *How parents and families cope with children with chronic renal failure*. Archives of Disease in Childhood, 63, 821-826, 1988.
21. REYNOLDS J.M. GARRALDA, M.E., POSTLETHWAITE, R. y GOH, D. *Changes in psychosocial adjustment after renal transplantation*. Archives of Disease in Childhood, 66 (4), 508-513, 1991.
22. ROUGHMAN, K.J. & HAGGERTY, R.J. *Family stress and the use of health services*. International Journal of Epidemiology, i, 279-286, 1972.
23. RICHMAN N, STEVENSON, J. & GRAHAM, P.J. *Pre-scholl to school: a behavioural study*. London : Academic Press, 1982.
24. RUTTER, M., TIZARD, J. y WHITMORE, K. (eds). *Education, health and behaviour*. London: Longmans, 1970.
25. RUTTER, M., YULE, B., QUINTON, D., ROWLANDS, O., YULE, W. & BERGER, M. *Attainment and adjustment in two geographical areas. III. Some factors accounting for area differences*. British Journal of Psychiatry, 125, 520-533, 1974.
26. RUTTER, M., COX, A., TUPLING, C., BERGER, M. & YULE, W. *Attainment and adjustment in two geographical areas. I. The prevalence of psychiatric disorder*. British Journal of Psychiatry, 126, 493-509, 1975.
27. STARFIELD, B., GROSS, E. y WOOD, M. et al. *Psychosocial and psychosomatic diagnoses in primary care of children*. Pediatrics, 66, 159-167, 1980.
28. TUCH, R.H. *The relationship between a mother's menstrual status and her response to illness in her child*. Psychosomatic Medicine, 37, 388-394, 1975.
29. WALK, A. *The Pre-history of Psychiatry*. British Journal of Psychiatry, 110, 754-767, 1964.
30. WASSERMAN, R.C., BARRIATUA, R.D., CARTER, W.B. y LIPPINCOTT, B.A. *Pediatric clinician's support for parents makes a difference: an outcome based on analysis of clinician parent interaction*. Pediatrics, 74, 1047-1063, 1984.
31. YUDKIN S. *Six children with coughs: The second diagnosis*. Lancet 2, 561-563, 1961.