

Infancia y adolescencia vulnerable. Seguimiento y atención continuada

Thaur eta nerabe zaurgarriak. Jarraipena eta etengabeko arreta

M. Moreno Íñiguez

Psiquiatra Infantil. CS Mental. OSI Bidasoa

En esta presentación trataremos el papel de la psiquiatría de niños y adolescentes en su integración en el conjunto de especialidades médicas que tratan con estos grupos de edad. Desde los modelos de relación con pediatría revisaremos fórmulas que permitan una mejor coordinación de casos entre profesionales y una derivación a psiquiatría más eficiente. Partiendo de una somera revisión y discusión de los criterios de derivación, mencionaremos los distintos tipos de patología que solemos ver en la clínica. En el núcleo de la presentación, nos centraremos en aquellos casos que, por su mayor vulnerabilidad, requieren de seguimiento y atención continuada. Nos detendremos específicamente en el abordaje terapéutico más comúnmente utilizado en estos casos y, en especial, por ser el elemento más diferencial respecto de otras especialidades médicas, en el desarrollo de una psicoterapia de largo plazo en adolescentes, que trataremos de ilustrar con un caso clínico. Concluiremos tratando de asociar las distintas fases de la terapia con su objetivo último en la fisiopatogenia del trastorno y su repercusión en el paciente.

RELACIÓN PEDIATRÍA/PSIQUIATRÍA INFANTIL Y ADOLESCENTE

“No psiquiatrización”: el rol del pediatra en los menores en riesgo y criterios para una derivación eficiente.

Identificación de los casos que requieren seguimiento y/o atención continuada:

- Las emociones en niños y adolescentes no se expresan de la misma forma que en los adultos.
- Se conocen menos a sí mismos.
- Se expresan peor verbalmente que los adultos.

Modos de entenderlos

Observar a los niños durante el juego y las expresiones espontáneas y tratar de entenderlos sin palabras: si nos fiamos de lo que nos dicen, probablemente erraremos en nuestras estimaciones. Centrar nuestra atención en la comunicación no verbal (postura, mirada, gestualidad...).

Fuentes de información

- Recurrir a informadores externos: padres, profesores y otros miembros de la familia.
- Conocer cualitativamente el entorno y las relaciones que existen alrededor del niño.
- Situarnos siempre en el estadio de desarrollo del chico/a.

Winnicott: “No existe el bebé como tal, sino en la relación con su madre”.

Y esto es también aplicable a niños algo mayores...

Desarrollo/evolución

A medida que el niño madura, la clínica se acerca más a la del adulto mientras, cuanto más joven, más se expresa a través de síntomas somáticos.

A la hora de pensar en una derivación:

- Antes que nada, valorar la realización desde Pediatría de una intervención inespecífica desarrollada durante la propia evaluación, puede facilitar una remisión del episodio.
- Recomendaciones más específicas tendrían que planearse de forma diferida tras dos semanas desde el diagnóstico (en especial si hay un claro desencadenante).
- Siempre que haya un **deterioro funcional** muy importante y sostenido en un plazo de días/semanas, nos iremos cargando de razón para derivar.

Evaluación

- Utilización de cuestionarios: cumplimentados por padres y pacientes (válido como cribado).
- Escalas o entrevistas estructuradas o semiestructuradas cumplimentadas por los propios clínicos.
- Imprescindible una exploración psicopatológica: afectivo, cognitivo, perceptivo, forma y contenido del pensamiento, funciones básicas.
- No olvidar la impresión clínica global y evaluación de la funcionalidad.
- Siempre:
 - Valorar el riesgo de suicidio.
 - Tener en cuenta la historia personal y familiar.
 - Descartar trastornos médicos relacionados con depresión: anemia, déficits

nutricionales, trastornos tiroideos, asma, tratamiento con corticoides, hormona de crecimiento, hormonas sexuales...

- Explorar abusos.
- Sospechar y descartar consumo de sustancias psicoactivas.
- Exploración física: inspección, palpación, percusión, auscultación.
- Pruebas funcionales: afectivo, cognitivo, conductual (movimientos).
- Prueba de supresión de dexametasona.
- Prueba de supresión con alprazolam.
- Pruebas de neuroimagen: hipoc., amígdala, SPECT, PET, RMNf...
- Coordinación: necesaria y... demasiadas veces **ausente**.

Motivos de derivación

- Intensidad.
- Duración.
- Aspectos cualitativos.

Finalmente, la derivación tiene como objetivo la evaluación específica y el seguimiento más intensivo que el de los dispositivos de Atención Primaria para menores en riesgo alto de psicopatología o que ya la hayan desarrollado.

PATOLOGÍA MENOR VS PATOLOGÍA MAYOR

- Trastornos adaptativos: con alteración de las emociones y la conducta.
- Alteraciones de la conducta: TDAH, TA, TC, TND, TD, Tr. uso y/o abuso de sustancias, Tr. vinculación,...
- Patología mayor psiquiátrica: psicosis, trastorno bipolar, trastornos del espectro autis-

ta, trastornos depresivos recurrentes, trastornos de la vinculación/personalidad...

EL SEGUIMIENTO EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y ADOLESCENTE

Aspectos específicos a tener en cuenta:

- *Sobre la etiología:* predisposición hereditaria, factores estresantes, falta de actividades placenteras (presión).
- *Sobre el curso esperado:* semanas o meses para volver al nivel anterior si se trata bien.
- *Sobre el riesgo de suicidio:* como el riesgo es mayor, hay que observar con mayor atención los riesgos potenciales (fármacos, cuchillas, armas de fuego).
- *Sobre el tratamiento:* ofrecer los disponibles y dejarles participar.

PAPEL DEL TRATAMIENTO (FLEXIBILIDAD CEREBRAL)

Medicación: antipsicótico (quetiapina, olanzapina, ziprasidona, aripiprazol...), estimulantes (MPH, LDXFT, ATMX), ISRS (fluoxetina), mirtazapina, trazodona, venlafaxina, bupropion,... Hablar de efectos secundarios y del curso esperado (plazos: 9-12 meses). Cambios de medicación, dosificación. Ojo citocromo P450. Es necesario monitorizar el tratamiento (semanalmente hasta la estabilización en los casos más graves, luego mensualmente).

Otros:

- Litio, lamotrigina, clonazepam...
- TEC.
- Deprivación de sueño.

- Fototerapia.
- Fisioterapia.
- Psicoterapias: desde distintas perspectivas (tener muy en cuenta la edad y el estadio del desarrollo): participación de los padres, privacidad, características personales del paciente, de su familia y del propio médico. Número de sesiones.

CASOS CLÍNICOS (ILUSTRANDO LA EXPOSICIÓN)

La psicoterapia como medio para prevenir psicopatología grave y fortalecer el vínculo:

- Trauma (Miriam).
- Mentalización (Ion).

Mentalización: promoción del "funcionamiento reflexivo": "ser consciente de lo que hay en mi mente (pensamientos, sentimientos, motivaciones, deseos, creencias...) y en la de los que me rodean.

Trauma (necesidad de autocuidado): mi vida constará de acontecimientos positivos pero también negativos... y tengo que estar preparado para estos. "Mindfulness".

Psicoterapia: espacio de seguridad, colaboración y relación que fomente:

Funcionamiento reflexivo: mentalización.

Autocuidado: "mindfulness".

Objetivo final: algo que habría sido mejor que no hubiera ocurrido puede convertirse en motor de cambio y toma de conciencia.

Winnicott: "Si el paciente no puede jugar, entonces hay que hacer algo para conseguir que sea capaz de hacerlo".

La psicoterapia puede inducir cambios: **¿funcionales?; ¿estructurales?**