

Psiquiatría de Enlace y Medicina Psicosomática Infanto Juvenil en un Hospital Clínico-Docente

Child and adolescent Liaison-Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine in a Clinical-Teaching Hospital

Jonathan Bronstein^a, Carla Inzunza^a

^aSección de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile

Recibido: 20 de mayo de 2020; Aceptado: 31 de marzo de 2021

¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

La Psiquiatría de Enlace Infanto Juvenil (PEIJ) emerge como subespecialidad para abordar los aspectos psicosociales que interfieren en el proceso de la enfermedad o en su recuperación. Es una disciplina emergente, incorporada dentro del plan de salud mental 2020 sobre la que existe escasa literatura nacional e internacional.

¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

El artículo describe la experiencia clínica de una unidad de PEIJ que trabaja en un hospital clínico universitario. Aporta la mirada que surge en esta Unidad y reflexiona respecto de una forma clínica y docente de trabajo en esta disciplina

Resumen

La Medicina Psicosomática explora factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la salud y calidad de vida del individuo. Desarrolla igualmente las habilidades y conocimientos utilizados en la evaluación y manejo de los factores psicosociales que interfieren en el proceso de enfermar y sanar. La Psiquiatría de Enlace infanto-juvenil (PEIJ) es una disciplina que empíricamente se ha ido instalando con el objetivo de favorecer la adherencia al tratamiento y recuperación de la población infanto-juvenil frente a su proceso de enfermar. Existe necesidad de desarrollo de esta disciplina en nuestro país, pero hasta ahora hay escasos registros y literatura nacional e internacional del trabajo en el área. El objetivo de este artículo es actualizar los conceptos de estructura y funcionamiento de una unidad PEIJ, presentando como base la experiencia en un hospital clínico-docente de alta complejidad, a la vez que reflexionar en torno a los desafíos clínicos implicados en estas temáticas.

Palabras clave:
Psiquiatría de Enlace
Infanto-Juvenil;
Medicina
Psicosomática;
Somatización

Correspondencia:
Jonathan Bronstein
jbronstein@uc.cl

Abstract

Psychosomatic medicine explores the psychological, behavioral, and social elements that influence people's health and quality of life. This discipline develops skills and knowledge used in the evaluation and management of psychosocial elements interfering in the process of illness and healing. The Child and Adolescent Consultation-Liaison Psychiatry (CACLP) is a discipline that has been empirically installed in order to favor adherence to treatments and recovery of children and teenagers during the process of illness. There is a need for developing this discipline in Chile, but so far there are limited national and international records and literature dedicated to it. The objective of this article is to update the concepts of structure and describe how a CACLP unit in a high complexity teaching hospital works in general, discussing the clinical challenges involved in these issues.

Keywords:

Child and Adolescent Consultation-Liaison Psychiatry; Psychosomatic Medicine; Somatization

Introducción

La Medicina Psicósomática explora cómo los factores psicológicos, conductuales y sociales influyen en la salud y la calidad de vida del individuo¹. La Psiquiatría de Enlace es la disciplina que desarrolla las habilidades y conocimientos utilizados en la evaluación y el abordaje de las condiciones emocionales, conductuales y sociales en pacientes que son remitidos desde un entorno médico y quirúrgico². Esta área de la Psiquiatría ha sido descrita como descendiente de la psicobiología, la psiquiatría hospitalaria general y la medicina psicósomática¹.

La Psiquiatría de Enlace Infanto-juvenil (PEIJ) emerge como un campo de subespecialidad de la psiquiatría Infanto-juvenil, en respuesta a la necesidad de abordar los aspectos psicosociales involucrados en la forma en que el paciente y su familia afrontan el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad médica en el contexto hospitalario³.

Desde esta mirada el PEIJ debe liderar el abordaje entre otras, de atender los aspectos psicosociales que afectan la adherencia o afrontamiento del tratamiento del paciente hospitalizado y su familia, proveer un diagnóstico diferencial de las condiciones psicosociales y detectar su relación con la génesis y/o mantención de síntomas en contexto de la patología médica; colaborar, comunicar y coordinar con los cuidadores y el equipo médico tratante, como también asegurar el seguimiento del tratamiento con el equipo ambulatorio⁴.

Un gran número de niños, niñas y adolescentes (NNA) pueden llegar a necesitar el apoyo del PEIJ, se estima que un quinto de la población infanto-juvenil puede llegar a sufrir una enfermedad crónica o disfuncionalidad física a lo largo de su desarrollo⁵ y a la vez estudios internacionales reportan que entre 11 y 15% de la población infanto-adolescente podría presentar algún trastorno mental⁶. Sin embargo, estudios de prevalencia de psicopatología en Chile han reportado que esto podría llegar hasta un tercio de la población infanto-juvenil general^{7,8}. La relevancia de estas cifras

recae en que NNA con enfermedades crónicas sufren entre dos a cinco veces más de trastornos psiquiátricos que los niños sanos^{9,10}, siendo los afectados por enfermedades del Sistema Nervioso Central aquellos con 5 veces más probabilidades de presentar enfermedades psiquiátricas¹¹.

En el contexto hospitalario es esperable una mayor evidencia de manifestaciones emocionales y conductuales en el paciente infanto-adolescente^{5,12}. Este espacio demanda una mayor exigencia adaptativa para el NNA, pero también del sistema familiar que debe adecuarse a los cambios en la dinámica que genera la hospitalización, lidiar con las expectativas respecto de una eficiente solución al problema médico que los aqueja y por supuesto apoyar en la regulación emocional de su hijo/a durante el proceso¹¹.

A pesar de que la mayoría de los NNA con enfermedades médicas son resilientes, los efectos de la enfermedad pueden empeorar el funcionamiento diario, la autoestima, el estado de ánimo y la calidad de vida del paciente, generando un impacto en la enfermedad misma, en su familia y también en su desempeño global¹³. En este escenario, la PEIJ cumple el rol de evaluar y tratar el impacto de la vivencia de la enfermedad en el NNA y su familia, favoreciendo una más pronta recuperación del cuadro médico de base y mejorando con ello la calidad de vida de todos los afectados por esta condición^{11,13,14,15}.

A nivel internacional existen escasos reportes respecto del trabajo clínico de unidades de PEIJ, lo que dificulta el acceso a mayor conocimiento sobre su funcionamiento y de cuáles podrían ser los tópicos de este trabajo que permitirían un mejor resultado final en los pacientes^{9,16}. La mayoría de los reportes existentes abordan específicamente ciertos campos de la disciplina, entre los que destaca un mayor interés por el manejo de la conducta suicida en NNA que consulta en urgencias y que muchas veces requiere hospitalizarse en unidades clínicas para observación y manejo médico^{17,18} o la sospecha, detección y manejo del delirium pediátrico^{19,20}.

En Chile se ha desarrollado el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, que busca como desarrollo estratégico la promoción en la formación en Psiquiatría de Enlace de Médicos Psiquiatras Infanto-Adolescentes y de Adultos y la creación de equipos de Psiquiatría de Enlace en los hospitales generales del país, que se desempeñen con enfoque de red sanitaria. El objetivo es que en el año 2025 el 50% de los hospitales generales de alta y mediana complejidad cuenten con equipos establecidos²¹. Sin embargo, existen escasos registros nacionales respecto al funcionamiento de las unidades de PEIJ.

El objetivo de este artículo es actualizar los conceptos relacionados con PEIJ presentando la experiencia de una unidad de un hospital clínico-docente de alta complejidad, reflexionando sobre los desafíos de la subespecialidad en nuestro medio.

Unidad psiquiatría enlace infanto juvenil: estructura y funcionamiento

El equipo de PEIJ en el Hospital Clínico UC-Christus está conformado por 2 psiquiatras Infanto-juveniles y uno o dos residentes de la especialidad que cubren 22 h semanales en días hábiles, lo que por reglamentación local no incorpora interconsultas al servicio de urgencias. El equipo PEIJ en conjunto con el equipo de Psiquiatría Adultos y con el de psicología médica hospitalaria forman la Unidad de Enlace y Medicina Psicosomática. Esta unidad realiza reuniones clínicas semanales donde se discuten casos complejos y actualizaciones teóricas, en las que también participan residentes de Psiquiatría Adultos, Psiquiatría Infanto-juvenil y de especialidades afines que rotan por la unidad. Nuestro equipo PEIJ realiza reuniones quincenales con el equipo de Pediatría hospitalaria donde se discuten casos que para los pediatras hospitalistas ameritan una mirada psicosocial y se evalúa la pertinencia o no de realizar evaluación por parte del equipo. En ese sentido, la consulta al equipo de PEIJ surge desde la necesidad del equipo tratante pediátrico, como también por solicitud de sus cuidadores. En aquellos servicios que cuentan con equipo psicosocial propio con psicólogos/psicopedagogos, muchas veces son estos profesionales quienes sugieren evaluación psiquiátrica como apoyo o complemento a sus propias intervenciones. Siempre se requiere la aceptación por los cuidadores del paciente para que se realice nuestra evaluación e intervención.

Desde el trabajo de nuestra Unidad se lleva registro de datos sociodemográficos y clínicos de pacientes NNA hasta los 18 años 11 meses referidos para evaluación, durante su hospitalización médica. Los datos más relevantes de la muestra registrada entre los años 2015-2017 se resumen en las tablas 1 y 2 y en la figura 1. La tasa de derivación a la unidad es de 3,63% de todos los

pacientes menores de 19 años hospitalizados (tabla 1), lo que impresiona siempre menor a la demanda esperada, considerando lo mencionado previamente donde al menos un quinto de pacientes con patología médica presentarían comorbilidad de salud mental⁵ y la alta prevalencia de problemas de salud mental en población Infanto-juvenil en Chile⁷, como también ha sido reportado en revisiones especializadas^{4,22}.

Respecto a la caracterización de la muestra en relación a género y edad, existe una mayor representación del género femenino (57%), y prácticamente la mitad de la muestra es adolescente (47%). En este grupo en particular la mayoría también es femenina (65,6%). Este comportamiento también es reportado en estudios similares realizados en nuestro país²³. Desde el punto de vista epidemiológico, es esperable una mayor representación de población adolescente y femenina en la muestra, dada la mayor prevalencia de psicopatología internalizante (ansiedad, depresión) asociada a esta etapa del desarrollo y género⁷.

En ese sentido la mayor parte de las derivaciones al equipo tienen que ver con atención a familias en situación emocional crítica, pacientes con enfermedades crónicas que ameritan hospitalización y NNA con conducta suicida (figura 1), similar a lo reportado en la literatura²⁴.

A continuación se analizan algunos aspectos relevantes de los principales motivos de derivación y diagnósticos realizados por nuestra Unidad.

La **crisis adaptativa** generada por una enfermedad pediátrica que requiere hospitalización se refleja en síntomas emocionales diversos como ansiedad, tristeza o angustia, a la vez que síntomas físicos como alteraciones en los signos vitales y ritmos circadianos, cefalea, síntomas alimentarios y digestivos inespecíficos, a la vez que otras molestias que favorecen la demanda por nuestra intervención. Esto habitualmente se da en un contexto de gravedad clínica de un NNA, en situaciones agudas amenazantes para la vida o también por la necesidad de ajuste y adaptación a procesos de mediano y largo plazo (como puede ser el debut o una descompensación en una enfermedad crónica de un NNA). La evaluación solicitada, por lo tanto, también involucra una mirada y apoyo al soporte familiar directo, que puede necesitar ayuda respecto de su rol en el cuidado del paciente⁵. En ese sentido se observan la mayor representación de diagnósticos en relación con el estrés, en particular los Trastornos Adaptativos, como también los Trastornos Depresivos y los Trastornos de Ansiedad (tabla 2).

Las interconsultas por **conducta suicida** (figura 1) ocurren como una demanda más relevante desde equipos de intermedios/intensivos y de servicios de pacientes adultos que reciben mayores de 15 años. En nuestra muestra la hospitalización por intoxicación

Tabla 1. Datos generales y sociodemográficos de muestra clínica

Número de Interconsultas / Ingresos hospitalarios menores de 19 años	n	Tasa derivación (%)
Año 2015	122 / 4.673	2,61
Año 2016	193 / 4.452	4,33
Año 2017	169 / 4.213	4,01
Total	484 / 13.338	3,63
<i>Sexo del paciente</i>	N	(%)
Masculino	208	43
Femenino	276	57
Total	484	100
<i>Edad agrupada en categorías</i>	N	(%)
Prematuros y menores de 1 año	96	19,8
Lactantes (1 año - 2 años 11 meses)	12	2,5
Preescolares (3 años - 5 años 11 meses)	45	9,3
Escolares (6 años - 11 años 11 meses)	104	21,5
Adolescente temprano (12 años - 15 años 11 meses)	158	32,6
Adolescente tardío (16 años - 18 años 11 meses)	69	14,3
Total	484	100
<i>Edad vs Sexo</i>	N	(%)
Menores de 12 años Hombres: Mujeres	130 : 127 257 total	50,6 : 49,4
Adolescentes Hombres: Mujeres	78 : 149 227 total	34,3 : 65,6
Total	484	100

medicamentosa en su mayoría son mujeres adolescentes (41/46 son adolescentes y 40/46 son mujeres), concordante con lo reportado en la literatura^{12,17,18}.

Por protocolo local todo paciente hospitalizado que ingresa por sospecha de conducta suicida, menor de 19 años, debe ser evaluado por nuestro equipo en las primeras 24/48 h hábiles desde su ingreso. En el intertanto se indica supervisión estricta del paciente por cuidador adulto a cargo que pudiera ser familiar directo, se toman exámenes toxicológicos en orina y/o sangre y se planifica manejo en caso de angustia o agitación, mientras en paralelo se realizan las intervenciones generales pertinentes a la gravedad médica. La evaluación de estos pacientes deriva en un manejo particular que conlleva aplacar los riesgos para el paciente y su familia en los distintos servicios hospitalarios.

Otra motivación de interconsulta frecuente es la sospecha de un cuadro psicósomático, como el Trastorno conversivo (Síntomas neurológicos funcionales) o Trastornos de síntomas somáticos (síndrome de amplificación del dolor, síntomas físicos médicamente no explicados) (figura 1), requiriéndose la habilidad de identificar una desproporción entre los síntomas que serían esperables desde un punto de vista médico/neurológico y su manifestación, su intensidad o el nivel de disfunción asociada. Simultáneamente se requiere la competencia clínica de evaluar e identificar la interferencia de conflictos psicosociales que pudieran darle

una explicación más satisfactoria o global al cuadro clínico. Por definición esto requiere de un diálogo entre expertos, es decir de un trabajo de equipo coordinado e interdisciplinario para detectar, diagnosticar e iniciar su tratamiento en fase hospitalaria. En línea con este motivo de interconsulta, está la alta prevalencia en nuestra muestra de la realización de diagnósticos de la categoría Trastornos de síntomas somáticos y Trastornos relacionados como diagnóstico principal en un 7,84% (tabla 2).

Cada vez más relevante, reflejado en la proporción importante de psicopatología detectada, son los **problemas de la conducta alimentaria**. Destaca el espacio de la hospitalización médica como una oportunidad para observar patrones alimentarios desviados que se manifiestan a lo largo del desarrollo y que en este contexto alertan cuando interfieren la evolución de su cuadro de base (paciente con patología crónica oncológica por ejemplo), cuando se pesquisan patrones restrictivos o selectivos de alimentación sin alteración de la imagen corporal (pudiendo diagnosticarse un trastorno evitativo/restrictivo de la conducta alimentaria) que previamente no eran observados o cuando se pesquisan y/o devela una alteración franca de la ingesta o conductas purgativas asociadas a una alteración de la imagen corporal (realizándose luego diagnósticos de Anorexia, Bulimia o un Trastorno alimentario mixto o no especificado como se observa en la tabla 2).

Tabla 2. Diagnóstico psiquiátrico principal según criterios DSM-51: Frecuencias y porcentajes

Diagnóstico principal	N	(%)
<i>Trastorno del desarrollo neurológico</i>	11	2,69
Trastorno del espectro autista	8	
Trastorno por déficit atencional	3	
<i>Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</i>	3	0,73
Trastorno psicótico breve	3	
<i>Trastornos depresivos</i>	100	24,50
Trastorno depresivo mayor	100	
<i>Trastornos de ansiedad y TOC</i>	21	5,14
Fobia simple	1	
Mutismo selectivo	1	
Trastorno de pánico	3	
Trastorno de ansiedad de separación	3	
Trastorno de ansiedad generalizada	12	
TOC	1	
<i>Trastornos relacionados con trauma y secundarios a estrés</i>	130	31,86
Trastorno de adaptación	124	
Trastorno por estrés agudo	2	
Trastorno por estrés postraumático	4	
<i>Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados</i>	32	7,84
Trastorno de síntomas somáticos	13	
Trastorno de síntomas neurológicos funcionales	19	
<i>Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos</i>	15	3,67
Anorexia nerviosa	4	
Trastorno evitativo restrictivo de la conducta alimentaria (ARFID)	4	
Trastorno alimentario no especificado	7	
<i>Trastorno del sueño-vigilia</i>	2	0,49
<i>Trastornos destructivos, del control de impulsos y de la conducta</i>	8	1,96
Trastorno negativista desafiante	4	
Trastorno de conducta	4	
<i>Trastorno por relacionados con sustancias y trastornos adictivos</i>	9	2,20
Trastorno por consumo de alcohol no especificado	4	
Trastorno por consumo de cannabis y alcohol	1	
Trastorno por consumo de alcohol, cannabis y pasta base de cocaína	2	
Trastorno por consumo de cannabis	1	
Abstinencia de opiáceos	1	
<i>Trastornos neurocognitivos</i>	33	8,08
Delirium (síndrome confusional agudo)	24	
Trastorno neurocognitivo mayor o menor debido a etiologías múltiples (síndrome orgánico cerebral)	9	
<i>Trastornos de la personalidad</i>	2	0,49
<i>Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica: Disfunción Familiar Severa/VIF/Maltrato/Munchausen</i>	4	0,98
<i>Sin patología psiquiátrica/reacción vivencial normal</i>	24	5,88
<i>Sin dato</i>	16	3,92
Total	410	100
<i>Evaluación a cuidadores</i>	N	%
Cuidador con trastorno de personalidad	2	2,7
Cuidador con trastorno de ansiedad	3	4,05
Cuidador con trastorno depresivo	23	31,08
Cuidador con trastorno de adaptación con síntomas ansiosos o depresivos	46	62,16
Total	74	100

¹DSM-5. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en Guía Consulta de los Criterios Diagnósticos (Vol. 5). El ordenamiento de trastornos es según capítulos DSM-5 y responde en general a la secuencia lógica de las etapas del desarrollo a lo largo de la vida.

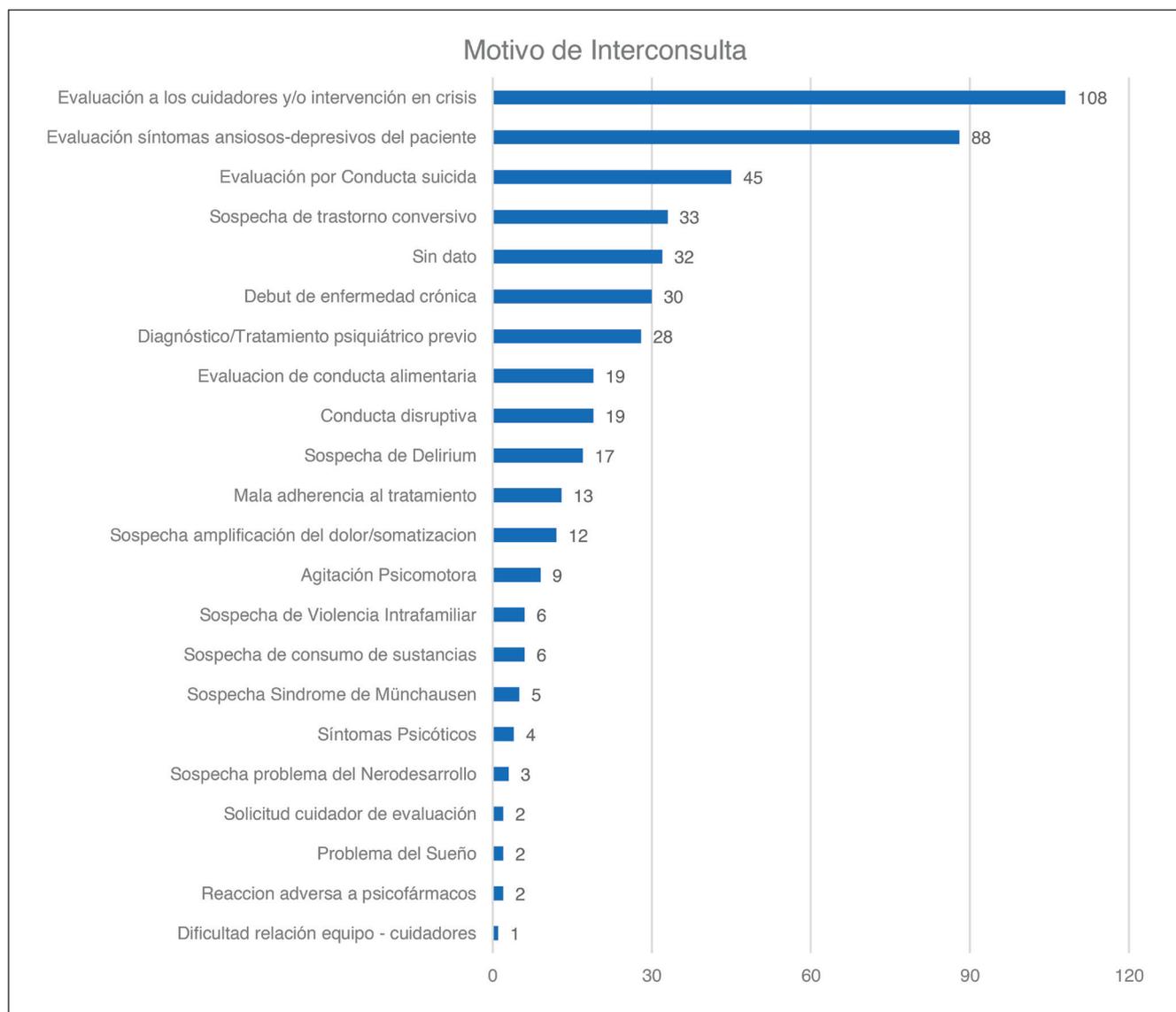


Figura 1. Motivos de interconsulta desde los diversos servicios y unidades hospitalarias, en números absolutos de casos.

Finalmente, otra condición cada vez mejor identificada por el pediatra de intensivo que se deriva para nuestra evaluación es el *Delirium*, también conocido como Síndrome Confusional Agudo. Este diagnóstico implica un compromiso de conciencia cualitativo de inicio agudo o subagudo con déficit cognitivo predominantemente en la atención. Es un cuadro más propio de edades extremas, frecuentemente subdiagnosticado en edad pediátrica con negativas consecuencias para la evolución médica, por lo que la sospecha desde el equipo pediátrico es crucial para abordarlo en forma apropiada^{5,11}. Al respecto, el manejo de pacientes conductual y neurológicamente complejos que cursan con síndromes neuropsiquiátricos como el *Delirium*, u encefalopatías asociadas a síndromes catatónicos o epilepsias, demanda tam-

bién de comunicación efectiva de una amplia variedad de especialidades y de educación en torno a la integración de los fenómenos cuerpo-mente, lo que se observa como otro tópico importante para el desarrollo de la subespecialidad.

Desde el modelo de trabajo presentado destaca la importancia del desarrollo de una atención e intervención en PEIJ donde la inserción en el equipo de Pediatría y el enfoque multidisciplinario es fundamental en la mirada integrativa del individuo: en este caso, el NNA, su familia y su relación con el proceso del enfermar que requiere hospitalización. Esto a diferencia de un modelo de intervención dirigido a resolver acotadamente la demanda por atención psicológica o psiquiátrica en la emergencia, sin involucrarse con el equipo que está abordando al paciente pediátrico hospitaliza-

do. En la medida que se trabaja con pacientes pediátricos hospitalizados, se generan campos de disciplinas emergentes que ameritan una expertiz y desarrollo por sí mismos, es así como se van configurando áreas de trabajo interdisciplinario cada vez más específico como son la Psicooncología Pediátrica y la Psiquiatría Perinatal.

Parte de la labor de esta mirada integrativa, es la psicoeducación a los equipos de salud, quienes, centrados en el abordaje de la patología médica emergente, muchas veces sobrecargados por ello, o por desconocimiento del impacto de la vivencia emocional de la enfermedad, podrían no visualizar la interferencia de factores socioemocionales en la evolución del cuadro de base. Es rol del equipo PEIJ socializar la evidencia clínica científica a favor de esta intervención en la recuperabilidad del paciente pediátrico y su familia.

El ambiente clínico de la PEIJ demanda el desarrollo de competencias para la evaluación psiquiátrica particularmente diferentes en el ejercicio de la especialidad. Entre otras, puede implicar, tanto para el clínico, como para el paciente y su familia, una mayor exigencia de adaptación a condiciones de intervención en crisis dada la gravedad del paciente; puede estar limitada en tiempo, o no contar siempre con la apropiada privacidad en la entrevista en el contexto hospitalario. En esta subespecialidad es importante el desarrollo de habilidades de liderazgo y de trabajo sostenido con el equipo

tratante, quien está a cargo del tratamiento médico del paciente y nos provee de información sustancial para la entrevista clínica²⁵. Finalmente, el profesional PEIJ debe ser capaz de integrar en la evaluación: el motivo de la derivación, la condición médica del paciente, lo observado por el equipo tratante y la demanda del propio paciente y sus padres respecto de esta evaluación, que muchas veces no está contemplada como una necesidad en este contexto. Es el propósito de la evaluación el hacer un diagnóstico formal en el área de la salud mental y definir aspectos psicosociales que puedan interferir en la adherencia y esperada mejoría de su cuadro médico de base.

El hospital general y sus servicios pediátricos y de adultos (en menores de 19 años) son un nuevo campo de trabajo para el psiquiatra infantojuvenil, que se irá desarrollando de la mano de unidades docentes-asis-tenciales, con supervisión profesional y énfasis en las habilidades y conocimientos mencionados previamente. Para esto se requiere la creación de programas de subespecialización, capaces de satisfacer en su oferta formativa las necesidades del sistema público de salud del país.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Jacob R, Hugo J, Dunbar-Jacob J. History of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry. En: Psychosomatic Medicine. Oxford, UK: Oxford University Press 2015.
- Leigh H. Nature and evolution of consultation-liaison psychiatry and psychosomatic medicine. En: Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry. Cham: Springer International Publishing 2015;3-10.
- Carter BD, Kronenberger WG, Baker J, et al. Inpatient pediatric consultation-liaison: a case-controlled study. *J Pediatr Psychol*. 2003;28(6):423-32.
- Samsel C, Ribeiro M, Ibeziako P, et al. Integrated Behavioral Health Care in Pediatric Subspecialty Clinics. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2017;26(4):785-94.
- Rutter M. Pediatric consultation and psychiatric aspects of somatic disease. En: Rutter's child and adolescent psychiatry. 6th ed. John Wiley & Sons, Ltd. 2015;586-98.
- Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, et al. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2015;56(3):345-65.
- Flora De La Barra M, Benjamin Vicente P, Sandra Saldivia B, et al. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Rev Médica Clínica Las Condes* 2012;23(5):521-9.
- Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, et al. Prevalence of psychiatric disorders among Chilean children and adolescents. *Rev Med Chil*. 2012;140(4):447-57.
- Woodgate M, Garralda ME. Paediatric liaison work by child and adolescent mental health services. *Child Adolesc Ment Health*. 2006;11(1):19-24.
- Bradford R. What is Chronic Disease. En: Children, families and chronic disease: psychological models and methods of care. Editorial Taylor & Francis e-Library 2002.
- DeMaso DR, Martini DR, Cahen LA. Practice Parameter for the Psychiatric Assessment and Management of Physically Ill Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(2):213-33.
- Davydow DS, Richardson LP, Zatzick DF, et al. Psychiatric Morbidity in Pediatric Critical Illness Survivors. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(4):377-85.
- Malas N, Plioplys S, Pao M. Depression in Medically Ill Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019;28(3):421-45.
- Cottrell D, Worrall A. Liaison child and adolescent psychiatry. Advances in Psychiatric Treatment. Cambridge University Press 1995;1(3):78-85.
- Inzunza C. Psiquiatría de enlace en niños y adolescentes. En: Psiquiatría de Enlace y medicina Psicosomática. Santiago: Editorial Mediterráneo 2016;823-40.
- Black P. Child and adolescent psychiatry liaison in Ireland. *Br J Gen Pract*. 2009;59(568):870.
- Ambrose AJH, Prager LM. Suicide Evaluation in the Pediatric Emergency Setting. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2018;27(3):387-97.
- Inzunza C, Navia F, Catalán P, et al. Features of adolescents hospitalized for a suicide attempt in a general hospital. *Rev Med Chile* 2012;140(6):751-62.
- Dechnik A, Traube C. Delirium in

- hospitalised children. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(4):312-21.
20. Hatherill S, Flisher AJ, Nassen R. The diagnosis and treatment of delirium in children. *J Child Adolesc Ment Health*. 2009;21(2):157-65.
 21. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional De Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. 2011;1-426.
 22. Piquart M, Shen Y. Behavior problems in children and adolescents with chronic physical illness: A meta-analysis. *J Pediatr Psychol*. 2011;36(9):1003-16.
 23. Calzadilla NA, Berthet BC, Díaz NV. Características clínicas y sociodemográficas de los pacientes atendidos en psiquiatría de enlace en la unidad de psiquiatría infanto-juvenil, Hospital Clínico Félix Bulnes, Santiago de Chile. *Rev Soc Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc*. 2010;21(1):8-17.25.
 24. Garralda ME, Slaveska-Hollis K. What is special about a Paediatric Liaison Child and Adolescent Mental Health service? *Child Adolesc Ment Health*. 2016;21(2):96-101.
 25. Shaw RJ, Rackley S, Walker A, et al. Core Competencies for Pediatric Consultation-Liaison Psychiatry in Child and Adolescent Psychiatry Fellowship Training. *Psychosomatics*. 2019;60(5):444-8.