

PSIQUIATRÍA DE ENLACE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. MANEJO DEL PACIENTE Y SU FAMILIA EN UNIDADES PEDIÁTRICAS DE ALTA COMPLEJIDAD

LIAISON PSYCHIATRY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS, MANAGEMENT OF THE PATIENTS AND HIS FAMILY IN PEDIATRIC HIGH COMPLEXITY UNITS

DR. ELÍAS ARAB (1), DR. HERNÁN ÁLVAREZ (1), DRA. VIVIANA HERSKOVIC (1), DRA. MARCELA MATAMALA (1)

(1) Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Email: earab@clinicalascondes.cl

RESUMEN

La psiquiatría y consultoría de enlace en psiquiatría de niños y adolescentes se ha ido incorporando como un recurso de salud mental, en áreas de la medicina donde este aspecto resulta relevante, para promover o recuperar la calidad de vida de los pacientes infanto adolescentes y sus familias.

Este énfasis se ha ido poniendo en todas las unidades que así lo requieran, en especial en las unidades de cuidados intensivos, pacientes que presentan patologías de larga evolución como pueden ser las oncológicas y neurológicas entre muchas y en nuestro centro en pacientes psiquiátricos que requieren hospitalización en hospitales generales que requieren un trabajo multidisciplinario y coordinado tanto con otros profesionales médicos como personal de apoyo.

El incorporar la mirada de salud mental en estos escenarios de manera temprana logramos reducir el impacto emocional tanto de hospitalizaciones, procedimientos y estadías hospitalarias prolongadas, mejorando el bienestar de los pacientes en el corto y en el largo plazo, tanto de la patología de salud mental o psiquiátricas, como contribuyendo a mejorar el pronóstico de las enfermedades médicas.

El trabajo en colaboración con los diferentes profesionales de los hospitales generales ayuda a la humanización de la

medicina, logrando una visión integrada donde se pone como eje las necesidades de los pacientes que va más allá a la sola mejoría de su patología, sino que pensando en la mejora de la calidad de vida.

Las tareas de la psiquiatría de enlace son diversas y en diferentes niveles, por lo tanto, el psiquiatra de enlace y consultoría debe ir desarrollando cada una de ellas en forma progresiva, trabajando en los diferentes niveles en los que es requerido.

El trabajo y la consolidación ocurre con el trabajo permanente con los diferentes equipos donde se puede lograr una mejor comprensión de las necesidades tanto de los pacientes, familias y necesidades del equipo médico. La idea es generar una mayor conciencia, diagnóstico temprano con intervenciones eficientes que permitan cubrir todas las necesidades de los pacientes.

Palabras clave: Psiquiatría de niños y adolescentes, psico-oncología, psiquiatría de enlace, pacientes críticos, epilepsia, trastornos de alimentación.

SUMMARY

Children and adolescents consultation and liaison psychiatry has incorporated mental health resources from

different areas of medicine, where they are necessary to promote or recover health and quality of life in children, adolescents, and their families.

This has been emphasized in all the units that require mental health assistance, particularly in intensive care units, patients with chronic diseases, such as we can find in oncology and neurology, and in our hospital, in psychiatric patients that require hospitalization for medical reasons. All these patients require a multidisciplinary and coordinated team work.

When we use a mental health approximation early in these settings we can diminish the emotional impact of inpatient care, procedures, prolonged hospitalizations, improving the well-being of our patients in the short, medium and long term, both when facing psychiatric disorders, as well as improving the prognosis of medical conditions.

The collaborative work with the different members of the medical team in a general hospital helps humanize our patients, helping the medical team achieve a more integrated vision where the emphasis is put on the needs of our patients, and not only the treatment of their disease, but also thinking about improving their quality of life.

The tasks of liaison psychiatry are different and on various levels, and thus de psychiatrist must develop them progressively, working on the different levels as required.

The consolidation of the team comes with the permanent work over time, where the psychiatrist can communicate a better understanding of the needs of patients, their families, and the medical team themselves. The idea is to generate more awareness, to favor early interventions which are more efficient and help consider all the patients' needs.

Key words: Psychiatry in children and adolescents, psychoncology, liaison psychiatry, critical patients, epilepsy, eating disorders.

INTRODUCCIÓN

La Psiquiatría de Consultoría y Enlace (CE) Pediátrica tiene como propósito colocar los recursos de salud mental en todas las áreas no psiquiátricas de la medicina donde este aspecto sea relevante para promover o recuperar la mejor calidad de vida de los pacientes. Por el amplio campo de desempeño y la especificidad de cada uno de los contextos de salud posibles, en la actualidad debería considerarse como una sub especialidad de la Psiquiatría Clínica y que se incorpora a los espacios médicos pluridisciplinarios que proveen cuidados de salud. Dicho de otro modo, se debería disponer de un psiquiatra de CE en cada foco de atención en salud donde estas necesidades cobren relevancia para el tratamiento, rehabilitación y reinserción del paciente en su vida cotidiana. Estas condiciones incluyen traumas, enfermedades complejas o prolongadas, discapacidad congénita o adquirida y

situaciones de riesgo vital, cualquiera de ellas en estado agudo o crónico. Las tareas del psiquiatra de CE son diversas y no pocas veces complejas derivado de la dualidad de funciones que debe desempeñar.

Las funciones en este rol son por un lado de consultor y enlace, y por otro de consultor y psiquiatra (1). Esta distinción no es menor, en tanto muchas dificultades pueden originarse por una perspectiva inadecuada o un contexto incorrecto. La función de consultor y enlace significa aportar una opinión experta para asesorar o apoyar el proceso terapéutico no psiquiátrico de un paciente, y que es el objetivo primario que genera la consultoría. En este contexto se incluyen acciones educativas y facilitadoras entre las necesidades y expectativas recíprocas del paciente y su familia y los miembros del equipo de salud (tratante/s). Además, resulta necesario establecer abiertamente los límites de este rol, en particular con el rol de médico tratante, quien puede o no ser el solicitante de la consultoría, siendo en tal caso indispensable pedir su consentimiento para este procedimiento y cualquier otro derivado de esta actividad clínica. También puede ser necesaria la consultoría en situaciones de estados mentales con alteración significativa del juicio de realidad o situaciones de maltrato o negligencia de los cuidadores, en las cuales se puede solicitar evaluar una retención de hospitalización o indicación forzosa de la misma fundamentadas en necesidades de salud que ponen en riesgo la vida del paciente. En el contexto de las funciones de consultor y psiquiatra, el vínculo profesional y terapéutico se establece por un lado con el paciente y por otro con el tratante y otros miembros del equipo de salud involucrados. Estos vínculos son diferentes en cuanto a los motivos y necesidades que lo definen, pudiendo no coincidir y constituirse en un problema primario por sí mismo. En este sentido también hay que considerar los intereses de otras estructuras de salud o sociales que están detrás o por encima del equipo de salud: establecimientos clínicos, administradoras de salud, sistemas jurídicos y políticas públicas de salud; los que eventualmente pueden normar los procedimientos de salud en el ámbito de sus competencias. Una función en el contexto del consultor, y que es debatida, se refiere al apoyo en la salud mental del equipo (sin incluir intervenciones individuales) enfocado en la estabilidad emocional y relacional del equipo con la validación de sus integrantes. Cabe explicitar que una consultoría no es una derivación y que el rol de consultor es uno más del equipo pluridisciplinario por lo que puede no ser conveniente que lidere este grupo. Por último, en este rol conviene recordar que "el todo no es igual a la suma de sus partes", concepto angular de la Teoría de Sistemas y que en este caso se aplica a la realidad del paciente (persona) la cual es distinta desde la perspectiva de cada prestador, siendo "todas las partes" lo que definen la situación clínica, hecho que impone generar una realidad compartida y evitar un enfoque tal vez correcto, pero en un momento incorrecto.

De manera breve se pueden distinguir las formas de implementar un rol de psiquiatra de CE en tres niveles de estructuración clínica y administrativa (modificado de Kathol RG, et al.) (2,3):

1. Servicio de Pediatría con interconsultor de Psiquiatría.
2. Servicio de Pediatría con psiquiatra de CE en modalidad periódica programada o residente (permanente).
3. A unidad de CE; administrada independiente de un Departamento de Psiquiatría.

Para resumir, estas formas clínicas, se organizan en función de dos variables: recursos profesionales y económicos por un lado y la complejidad del sistema clínico institucional disponible. El nivel más complejo y al mismo tiempo más costoso se encuentra generalmente en hospitales de alta complejidad y que tienen funciones docentes de pre y post grado en profesiones de la salud y sus especialidades. En los niveles menos complejos puede no ser realista configurar un equipo de esta naturaleza, en cambio la presencia de un psiquiatra de CE es más factible y sus modalidades pueden ser como residente permanente en una unidad no psiquiátrica o como asistencia periódica programada, que se concreta en reuniones pluridisciplinarias programadas y permanente en el tiempo para afrontar **“situaciones clínicas complejas”**. Estas complejidades vienen definidas por la evolución de la medicina (enfermedades graves, atípicas o de evolución prolongada) y por la evolución de la persona enferma. En esta última variable se puede aumentar la sensibilidad a la complejidad, existiendo entrevistas estructuradas para detectar y anticipar las necesidades de salud que cada paciente puede requerir. Con esta información se puede planificar el diseño terapéutico de manera “integral” incluyendo la diversidad de disciplinas necesaria para alcanzar la mejor calidad de vida de los pacientes y su familia. En todas las áreas posibles de desempeño hay aprendizaje y experiencia, con mucha información disponible para apoyar el desempeño en esta compleja actividad clínica.

Con todo lo anterior, en algún momento puede generarse la derivación del paciente a un contexto de salud mental, entendido como una comorbilidad del episodio clínico que originó la consultoría.

Muchas más consideraciones sobre la psiquiatría de CE pueden ser necesarias y particularmente atendiendo a los procesos locales en el desarrollo de esta actividad clínica, o su configuración en el ámbito de la salud primaria, aspectos que excederían el alcance de esta publicación. También hay que hacer este alcance respecto de las unidades clínicas descritas a continuación y que representan nuestra experiencia en el contexto hospitalario privado en el que se desempeñan los autores, ciertamente más cercano a un modelo de asistencia periódica programada. Presentaremos distintas áreas en las que nos ha tocado desempeñarnos en el contexto de Psiquiatría de CE

dentro de Clínica Las Condes, donde hemos adquirido mayor experiencia:

- Pacientes con enfermedad crónica; ejemplificado a través del paciente oncológico pediátrico.
- Pacientes críticos, pacientes con enfermedades neurológicas; ejemplificado a través de la epilepsia.
- Pacientes con patología primariamente psiquiátrica que requieren de un equipo multidisciplinario; ejemplificado a través de los trastornos de la conducta alimentaria.

PSICO-ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

El miedo a morir y que corresponde a un sentimiento de finitud, es una emoción que se desarrolla junto con el pensamiento más probablemente al comienzo de la edad escolar, entre los 6 a 8 años de edad y que en parte depende de la experiencia del niño en torno a este evento vital. Antes de esta edad, el niño puede expresar el miedo a sufrir y aún antes, solo la experiencia de dolor, que tempranamente es una experiencia física sensorial y que, a través del lenguaje, pasa a constituirse como una experiencia intersubjetiva explícita entre el niño y sus principales figuras de apego. Con ella va configurando su magnitud, el sentido orgánico y su significado tanto a nivel personal como contextual, proceso en el que también influye el personal de salud en sus respectivos roles. El camino que recorreremos para enfrentar las experiencias de dolor y finitud no es corto y necesita buenos maestros, especialmente cuando las tareas del desarrollo se colocan difíciles o surgen obstáculos que amenazan con impedir lograrlas.

Dicho lo anterior, la psico-oncología pediátrica se establece en uno de los peores escenarios del desarrollo, definido por la experiencia de finitud en una etapa del ciclo vital donde no se espera que esto ocurra. Esta experiencia será compartida con sus padres, hermanos y figuras cercanas, incluyendo al personal de salud, generando un costo emocional y físico que se traducirá en diversas formas de conductas de afrontamiento en todos los afectados y que definirán la situación clínica más allá del diagnóstico, pronóstico y tratamiento particular, un escenario previsiblemente complejo solo por la magnitud del estrés enfrentado. Un escenario así, al menos requiere monitorear las variables que condicionan la salud mental de los participantes y la investigación demuestra tasas de comorbilidad psiquiátrica en cifras que bordean la mitad de los casos y provoca síntomas emocionales y conductuales hasta en dos tercios de los mismos. Lo anterior sin considerar los efectos en los demás involucrados tanto entre las figuras significativas del entorno familiar como en el personal de salud. Esta situación clínica, a modo de una caja de resonancia, modulará la respuesta de afrontamiento, tanto en sus aspectos emocionales como conductuales, influyendo en el nivel de adaptabilidad alcanzado y en la calidad de vida resultante. En términos simples, cada actor puede aportar

para enfrentar este estrés de manera más organizada y contenida o de manera más caótica y desbordada, marcando la diferencia en la calidad de vida resultante.

Tempranamente en el desarrollo las estrategias de contención serán predominantemente sensoriales a través del contacto físico y emocional (hasta los 18 meses de edad aproximadamente), para luego entrar en un período en que se agrega el lenguaje verbal, con el cual ayudaremos al niño a colocarle palabras a su dolor y configurar una experiencia de sufrimiento explícitamente intersubjetiva. Con una narrativa propia que fomenta la extroversión de un mundo interno amenazado, estimulando al mismo tiempo las competencias y el control sobre algunos eventos que puede afrontar por sí mismo (autonomía y dominio en el contexto de enfermedad). En la edad escolar podemos esperar tener un “paciente”, bien informado y capaz de entender los fenómenos orgánicos que le toca vivir en sus formas más concretas. Este nivel de conocimientos influirá notablemente en el nivel de adherencia al tratamiento. En la construcción del significado de esta amenaza vital es muy importante incentivar la expresión de sentimientos negativos que son la mayor fuente de sufrimiento para el niño y se relacionan con sentimientos de culpa en torno a la enfermedad o el desempeño personal respecto a las propias expectativas o la de sus padres. Una consideración relevante merece el contexto espiritual del paciente y su familia, que pueden proveer una enorme fuente de esperanza y tranquilidad. En estas situaciones todo tipo de apoyo psicosocial puede ser bienvenido si se articula correctamente y es congruente con la mejor información o evidencia clínica disponible (por ejemplo, grupos de autoayuda, redes sociales involucradas, entre otros) Además, se suman las acciones propias de salud mental con eventuales intervenciones psiquiátricas, psicoterapéuticas y psicoeducativas, que se extienden al personal de salud del equipo terapéutico desde el nivel de colaborar con el manejo de las estrategias relacionales hasta del propio desgaste emocional (*S. de Burnout*).

La implementación de la psico-oncología, como en general ocurre en el campo de la Psiquiatría de CE, variará en función de los recursos profesionales y económicos por un lado y la complejidad del sistema clínico disponible por otro (ver introducción). Haciendo la salvedad que la iniciativa y validación para las acciones de salud mental no siempre parten desde la psiquiatría y muchas veces ocurre que los propios contextos clínicos complejos generan una necesidad que desencadena la incorporación de este tipo de recursos cuya articulación debería incluir a un psiquiatra en algún momento, completando de esta manera el “círculo de la salud mental” que incluye a los demás profesionales médicos y no médicos del equipo terapéutico y a veces al personal técnico de salud que eventualmente pueden desempeñar un rol significativo para el paciente y su familia. La posibilidad de tener residentes

o psicólogos permanentes ocurrirá en los sistemas clínicos institucionales de mayor complejidad, en tanto en el resto, es decir la mayoría, se beneficiará con la incorporación de profesionales de salud mental (psiquiatra y psicólogo) en la modalidad de asistencia periódica programada. Las funciones de un psiquiatra de CE en el contexto de una situación clínica de psico-oncología son equivalente a las funciones generales antes descritas, variando la especificidad de los temas y las experiencias vivenciales en torno a estos. Mención especial requiere la función de apoyar y supervisar el trabajo de los profesionales psicólogos(as) que se desempeñan en contextos médicos. En quienes sus normales expectativas podrían tener que ajustarse en primer lugar a las necesidades “integrales del paciente” y no necesariamente a un tratamiento psicoterapéutico generado por demanda espontánea. Sin perjuicio que esto llegue a ocurrir de manera diferida cuando el paciente o su familia lo considere necesario. Es decir, las intervenciones son de tiempo limitado y foco definido por el contexto de salud contingente; los conflictos presentes, que ocurren en un nivel diferente a las necesidades del paciente, son reconocidos y orientados a un trabajo diferido para optimizar los cuidados del mismo. En algunas ocasiones, conflictos conyugales o con hermanos pre existentes o desencadenados por el evento estresante deben contenerse y diferir su resolución para no desenfocar al paciente en el contexto de su enfermedad. No se puede discutir cómo apagar un incendio en presencia de uno, hay que apagarlo... pero, cuando las cosas se salen de control puede ocurrir lo primero.

PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PACIENTES CRÍTICOS

Cada vez toma más relevancia evaluar aspectos emocionales y de salud mental en pacientes con riesgo vital que serán sometidos a intervenciones y/o procedimientos de alta complejidad. Estos generan altos niveles de estrés e incertidumbre en los pacientes y sus familias, así como en los equipos médicos y personal de apoyo. Ya no sólo es importante la sobrevivencia, sino que se hace muy necesario e indispensable la participación de equipos de psiquiatría y salud mental que aborden aspectos en ocasiones menos visibles, pero que impactan profundamente en la calidad de vida y el pronóstico a mediano y largo plazo. Evitando que las complicaciones emocionales y familiares puedan interferir negativamente en la patología médica. Logrando así, el menor impacto biopsicosocial del paciente y su entorno.

La presencia de cuadros psiquiátricos en estos pacientes, no sólo empeora el pronóstico de la patología médica, sino que además aumenta el riesgo suicida y el desarrollo de patología psiquiátrica hacia la adultez, especialmente de cuadros depresivos, ansiosos y trastorno por estrés postraumático, entre

otros. Según la literatura (4) los trastornos psiquiátricos más comúnmente evaluados en las unidades de pacientes críticos fueron el trastorno de estrés postraumático y la depresión mayor. La prevalencia puntual de síntomas de trastorno de estrés postraumático clínicamente significativos varió de 10 a 28%. La prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos osciló entre el 7 y el 13%. Los síntomas psiquiátricos de aparición precoz durante la hospitalización resultaron predictores importantes de morbilidad psiquiátrica posterior, por lo que resulta fundamental detectarlos y manejarlos tempranamente.

Existe evidencia de que el presentar problemas psiquiátricos y/o del desarrollo, previos a la hospitalización, así como, la presencia de psicopatología parental se asocia a mayor vulnerabilidad de desarrollar otros cuadros psiquiátricos posterior a la enfermedad médica, la edad y el sexo de los pacientes no aumentan esta vulnerabilidad. La mayor exposición a procedimientos y a situaciones traumáticas, como la gravedad del cuadro y las secuelas posteriores también fueron predictores de enfermedad psiquiátrica en algunos estudios (5).

Resulta fundamental el acompañamiento, cuando a pesar de los esfuerzos realizados por todos los involucrados, los resultados no son los esperados, donde los pacientes pueden quedar con secuelas permanentes o incluso presentar desenlaces fatales. Esta es una situación que genera gran frustración y desesperanza para los involucrados, momento en el cual se hace necesario lograr la calma y replantear los objetivos de manera realista, es importante manejar adecuadamente la angustia tanto desde el punto de vista farmacológico como psicoterapéutico, para reducir el impacto de la crisis y lograr visualizar los nuevos objetivos. Cuando las secuelas resultan permanentes, es fundamental el adecuado manejo emocional, que puede interferir negativamente en la toma de decisiones tanto de padres, como en ocasiones del propio equipo de salud.

El replantear los objetivos tanto desde el punto de vista médico como psiquiátrico implica una nueva alianza que contemple opiniones de los diferentes especialistas, deseos de la familia y del paciente. En este momento es necesario el trabajo de aceptación, explorando miedos y fantasías respecto al futuro.

La forma en que se entregue la información a los pacientes debe ser conversada con los padres y se debe respetar los deseos de los pacientes, una buena pregunta a realizar es "¿cuánto deseas saber o con que nivel de profundidad?"; con lo que podemos acercarnos al mejor modo de entregar la información, debe ser planteada de manera empática y tranquila, respondiendo todas las preguntas y dejando abierta la posibilidad de que sigan apareciendo dudas que serán respondidas a futuro.

El médico tratante en presencia de la familia, consideramos que es la mejor forma de entregar la información a los pacientes. Previo a eso, debe ser entregada a los padres para que tengan la posibilidad de elaborarla, con lo que evitamos posibles desbordes emocionales frente al paciente.

La participación del psiquiatra debería quedar para un segundo momento o para situaciones en las que el equipo considere necesaria, especialmente cuando la sintomatología psiquiátrica del paciente o sus padres es de gravedad.

Cada vez más, en los hospitales generales, se considera a los equipos de psiquiatría y salud mental como necesarios en la configuración y fiato de equipos multidisciplinarios para patología de alta complejidad.

Sabemos que los síntomas psiquiátricos y enfermedades médicas se relacionan bidireccionalmente, muchos cuadros médicos producen síntomas psiquiátricos y la patología de salud mental interfiere negativamente en los pronósticos y la implementación de planes de tratamiento en paciente con patologías médico quirúrgicas (6).

Las intervenciones psiquiátricas en unidades de cuidados intensivos ocurren simultáneamente en diferentes niveles, con los pacientes, sus familias y los miembros del equipo tratante de la unidad de pacientes críticos, lo que resulta desafiante y complejo (7).

Los pacientes con patologías médicas crónicas no transmisibles experimentan altas tasa de trastornos ansiosos, del ánimo, conductuales y riesgo suicida. Es frecuente la somatización en pacientes críticos, especialmente en los que presentan altos niveles de angustia, no resulta fácil el diagnóstico diferencial, por lo que la discusión entre los diferentes especialistas, en reuniones de equipos ayuda a realizar abordajes en común, minimizando riesgos y optimizando diagnósticos, exámenes, procedimientos y tratamientos. Al realizar abordajes planificados y en equipo se logra reducir el número de exámenes y manejar de mejor manera la angustia del paciente y familias.

La morbilidad psiquiátrica parece ser un problema importante para los supervivientes de enfermedades críticas pediátricas (8,9). La investigación futura debería incluir una evaluación más profunda de sintomatología psiquiátrica y de funcionamiento familiar en pacientes críticos, es fundamental realizar diagnósticos e intervenciones tempranas en pacientes de riesgo, en especial aquellos en que existen factores predisponentes y en los que requieren gran cantidad de intervenciones/procedimientos y en los que la duración de las intervenciones se alarga o complica.

El manejo farmacológico de estos pacientes resulta complejo, dada la gran cantidad de interacciones medicamentosas a las que se ven expuestos, un manejo farmacológico prudente y riguroso ayuda a prevenir complicaciones, los esquemas terapéuticos pueden ser muy amplios y variados dependiendo la patología de cada paciente, por lo que no serán detallados en este capítulo.

Duelos

Los duelos son elementos importantes a trabajar en pacientes críticos, desde el duelo inicial por pérdida de la salud ya sea en forma aguda o crónica, hasta cuando nos vemos enfrentados a la muerte de algún paciente.

Resulta indispensable realizar un acompañamiento tanto del paciente como sus familias, respetando los tiempos y las diferentes formas de afrontamiento, cuando el proceso de duelo se encuentra en rangos de normalidad y favorecer o intervenir más intensamente cuando el duelo presenta características patológicas. Consideramos fundamental el trabajo que pueda realizar no solo los equipos especializados sino también el personal en contacto directo con el paciente que permitan la sana expresión emocional y adecuado acompañamiento (10).

Incertidumbre

Este es un factor importante a considerar a la hora de enfrentar pacientes críticos. Es necesario minimizar en medida de lo posible este aspecto, con información clara y transparente, intentando transmitir con un lenguaje simple, que logre ser comprensible por el paciente independiente de su edad. Evitando respuestas que aumenten el nivel de incertidumbre. Es posible entregar información fidedigna con alto grado de certidumbre, sin generar en el falsas expectativas o entregando noticias muy pesimistas. Resulta difícil ya que en medicina no estamos acostumbrados a las trabajar con certezas, pero si podemos ser cuidadosos con el lenguaje, con lo que generamos gran alivio en pacientes y familias. En las unidades en las que existe gran rotación de médicos por los turnos, es fundamental que el paciente y la familia logre identificar “un médico tratante o de cabecera” a quien puedan preguntar las dudas del proceso ya que las diferentes versiones o formas de ser entregadas también contribuye al aumento de la incertidumbre, especialmente respecto a la evolución y pronóstico de largo plazo.

También resulta necesario mantener informados sobre las planificaciones en relación a exámenes y procedimientos para que cuando el paciente sea sometido a ellos, tenga cierta claridad de que se trata y cuál será el objetivo. Resulta muy angustiante para los pacientes ser sacados a procedimientos o exámenes de los que no estaban enterados.

Un adecuado manejo de la información es de gran ayuda para prevenir y manejar angustias de pacientes y familias.

Intentamos con nuestros pacientes críticos, trabajar por metas diarias muy concretas que posteriormente pueden transformarse en objetivos semanales y así sucesivamente, logrando objetivos a más largo plazo. Al ir trabajando con objetivos específicos se logra reducir la incertidumbre de los pacientes y de sus familias. En este mismo contexto resulta necesario anticiparse a las necesidades de cuidados que presenten los pacientes, cuando logramos anticipar de forma concreta y predecible, exámenes procedimientos, intervenciones, interconsultas, resulta beneficioso y tranquilizador. Lo mismo ocurre cuando los pacientes tienen cierta claridad en los horarios de las intervenciones y procedimientos programadas, respetando los tiempos y necesidades de los pacientes en equilibrio con las necesidades de los equipos tratantes.

Ambiente familiar

A mayor psicopatología de los padres, mayor es la posibilidad de problemas de salud mental en pacientes críticos y mayor el nivel de conflictos con los equipos tratantes (5).

Lograr identificar y poder contar con apoyo especializado ayuda a reducir los niveles de estrés en los pacientes. Los conflictos familiares previos a la situación de crisis muchas veces se ven incrementados con la hospitalización, ocurre con conflictos conyugales, parentales, parento filiales y fraternos.

Lograr acuerdos básicos de funcionamiento durante la hospitalización resulta fundamentales para la estabilidad y reducción de los conflictos en forma transitoria y poder planificar intervenciones posteriores.

El apoyo de las unidades de terapia familiar resulta indispensable para lograr estos objetivos

Impacto mediático y exposición

En pacientes críticos nos ha tocado enfrentar el impacto mediático de pacientes y familias. Esto es producto de pedidos de ayuda de distintos tipos a través de redes sociales o campañas que buscan ayudar y sensibilizar a la población. Pacientes en situación crítica muchas veces no se encuentran en condiciones de enfrentar el estrés que generan los medios de comunicación y las redes sociales. Es fundamental lograr un equilibrio entre los pedidos de ayuda y la exposición innecesaria, que pueda perjudicar la evolución de los pacientes, aumentando los niveles de estrés.

Por otro lado ha resultado muy positivo el que nuestros pacientes en estado crítico reciban saludos de personajes públicos (deportistas, políticos, cantantes, etc.) ya que es una fuente de motivación extra que ayuda a sobrellevar el día a día y genera baja del estrés al producir una distracción transitoria.

Redes sociales, internet y pantallas

En los pacientes adolescentes es necesario ser cuidadoso con el manejo de redes sociales ya que muchas veces pueden tener acceso a información falsa, tanto respecto de su enfermedad o de múltiples situaciones que puedan generar angustia. El

manejo cuidadoso en alianza con la familia resulta fundamental para el éxito de las medidas que se implementen.

Otro elemento que ha sido de gran ayuda en el manejo de la sintomatología es el uso de video juegos o el tener acceso a series de TV o Internet, la literatura es amplia en su contribución a reducir el dolor y el uso de analgésicos, y como distracción en especial en pacientes en que las hospitalizaciones se prolongan (11).

El trabajo coordinado con todos los miembros del equipo nos permite un abordaje interdisciplinario eficiente optimizando los recursos disponibles en beneficio de los pacientes y sus familias.

PSIQUIATRÍA DE ENLACE EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Uno de los escenarios en el que nos desempeñamos en psiquiatría de enlace es en colaboración con la neurología. La psiquiatría es de gran importancia en el contexto de las enfermedades neurológicas. Ambas se originan en el cerebro y, por lo tanto, es esperable que haya enfermedades neurológicas que pueden dar manifestaciones psiquiátricas. Además hay enfermedades neurológicas que se han asociado a riesgo importante de patología psiquiátrica, tanto patologías más severas, como la epilepsia, que será descrita más adelante, como patologías más frecuentes, como la migraña (12,13).

También puede haber enfermedades neurológicas que son severas, crónicas, requieren hospitalizaciones repetidas, donde debido al factor estresor de las hospitalizaciones y procedimientos médicos, se pueden gatillar trastornos psiquiátricos, tales como trastorno de estrés agudo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación y trastornos adaptativos.

Dentro de las enfermedades neurológicas en que puede haber manifestaciones psiquiátricas o comorbilidades, donde contamos con mayor experiencia en Clínica Las Condes es en el Centro Avanzado de las Epilepsias. Las epilepsias son un grupo de enfermedades neurológicas donde se ha descrito comorbilidad psiquiátrica con mucho mayor frecuencia que en la población general, incluso mucho mayor que otras enfermedades crónicas, como diabetes infantil o cardiopatías congénitas. Además las epilepsias se asocian en alta frecuencia a discapacidades cognitivas, y este subgrupo de pacientes con epilepsia asociada a una discapacidad cognitiva está expuesto a un riesgo aún mayor de presentar un trastorno psiquiátrico como comorbilidad (14).

Los trastornos que más se han descrito en estos casos son: trastornos depresivos, ansiosos, psicosis, trastornos del aprendizaje y la atención. Estos trastornos pueden requerir psicoterapia y

tratamientos psicofarmacológicos, así como intervenciones familiares y escolares.

Para confundir aún más estos cuadros, muchos fármacos que se utilizan como antiepilépticos presentan efectos adversos en cognición y ánimo, poniéndonos en la posición de tener que diferenciar si los síntomas psiquiátricos que observamos son consecuencia de un tratamiento o corresponden a un trastorno comórbido. A continuación se describen las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes.

Epilepsia y trastornos cognitivos

La epilepsia pediátrica frecuentemente se ha asociado a trastornos o discapacidades cognitivas (14). El funcionamiento cognitivo en niños con epilepsia puede estar determinado por la causa de la epilepsia (alteraciones estructurales o genéticas, el efecto de las convulsiones sobre el cerebro o los fármacos antiepilépticos) (15). Alrededor de 26% de los niños con epilepsia presentan algún tipo de discapacidad intelectual. (16) Además, independiente de la discapacidad intelectual, los niños con epilepsia presentan mayores dificultades en atención, memoria verbal y vocabulario en comparación a niños controles sin epilepsia. Estas dificultades se asocian a mayor número de fármacos antiepilépticos usados, menor edad de inicio de epilepsia, mayor frecuencia de crisis (14,17). Para los niños que presentan epilepsia y trastorno por déficit atencional, la primera línea de tratamiento sigue siendo el metilfenidato asociado al tratamiento antiepiléptico (18).

Epilepsia, trastornos ansiosos, depresivos y suicidio

Los trastornos ansiosos y depresivos son una de las comorbilidades más frecuentes en epilepsia, y los intentos de suicidio son hasta tres veces más frecuentes en población adulta con epilepsia (19). Los trastornos depresivos se presentan en hasta 22% de los adolescentes con epilepsia y los trastornos ansiosos hasta en 32% (20,21). Los adolescentes con enfermedad crónica o con patología de salud mental presentan 20% de mayor riesgo de ideación suicida e intentos de suicidio y esta tasa aumenta aún más cuando se combinan ambos factores de riesgo, como por ejemplo en un adolescente con epilepsia y un trastorno de salud mental comórbido. Este riesgo aumentaría aún más cuando existe más de un diagnóstico psiquiátrico (22). En este grupo de pacientes los ISRS siguen siendo una excelente opción terapéutica.

Epilepsia y psicosis

Los pacientes con epilepsia están en mayor riesgo de sufrir síntomas psicóticos, que se clasifican según su relación temporal a la crisis convulsiva, de las cuales la más frecuente en gente joven es la psicosis postictal (1). Se sabe además que hay fármacos antiepilépticos, como el levetiracetam, que pueden gatillar síntomas psicóticos. Por otro lado, los fármacos anti-

psicóticos pueden bajar el umbral convulsivante y gatillar crisis epilépticas. De estos, el más epileptogénico es la clozapina (23).

Epilepsia y crisis convulsivas psicogénicas no epilépticas

Las crisis convulsivas psicogénicas no epilépticas (PNES, por su sigla en inglés) son uno de los diagnósticos diferenciales que debemos enfrentar ante eventos paroxísticos en los niños que no muestran cambios electrofisiológicos. Se han entendido desde el punto de vista psiquiátrico como un trastorno conversivo, y en el DSM 5 están clasificadas como trastorno de conversión, de subtipo con convulsiones (F44.5). En ocasiones son muy difíciles de distinguir, pues pueden coexistir con crisis epilépticas en el mismo paciente. (24) Habitualmente se realiza el diagnóstico después de haber descartado patología neurológica. Ha sido difícil establecer la prevalencia de este cuadro, ya que los reportes provienen de centros de epilepsia donde se hace el diagnóstico mediante videomonitorio. Las prevalencias se han estimado entre 1 y 9% de los niños en estudio por epilepsia (24). Es esencial hacer este diagnóstico para evitar someter a los niños a estudios y tratamientos innecesarios y también porque el PNES se ha asociado a factores estresores que lo gatillan. Estos factores deben ser identificados, ya que se han descrito como gatillantes la presencia de dificultades escolares, conflictos familiares, abuso sexual y maltrato físico, así como el miedo al rechazo y la necesidad de atención (25). El PNES también se asocia a otras comorbilidades psiquiátricas, de las cuales las más frecuentes son los trastornos ansiosos y depresivos (25). Realizar un diagnóstico de PNES hace que sea perentoria la intervención del psiquiatra infantil.

Abordaje en salud mental

Ante los cuadros expuestos, es necesaria una evaluación y eventual tratamiento por parte de un equipo de salud mental. Es importante tener una derivación detallada del neurólogo tratante, para tener idea qué síntomas o quejas le preocupa que examine el especialista en salud mental. Tanto el paciente como su familia deben entender el motivo de la derivación.

El psiquiatra infantil debe explorar la historia del desarrollo y de las dificultades actuales del paciente, así como el impacto de la enfermedad neurológica. Es posible que requiera evaluaciones adicionales por parte del equipo de salud mental, como fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, psicopedagogo. También en ocasiones puede ser necesaria una evaluación familiar, para determinar el impacto de la enfermedad en la familia y la capacidad de adaptación.

Es necesaria una coordinación entre los miembros del equipo, con el fin de no repetir intervenciones y aportar con una mirada más global del paciente.

Los pacientes además pueden requerir intervenciones especí-

ficas, psicológicas y psiquiátricas, o del resto del equipo, según su comorbilidad. En general, la mayor evidencia favorable para trastornos ansiosos y depresivos consiste en psicoterapia asociada a inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). La terapia cognitivo-conductual es la que cuenta con mayor evidencia de efectividad en tratamientos en niños y adolescentes (27).

Conclusiones

La comorbilidad psiquiátrica en enfermedades neurológicas, y en particular en epilepsia, es alta. Por esto debemos estar atentos a pesquisar trastornos psiquiátricos en estos pacientes, y tener cuidado con atribuir todos los síntomas que presentan solo al trastorno neurológico o considerarlos efectos adversos de los tratamientos, ya que presentar estos trastornos y no tratarlos impacta negativamente en la calidad de vida y el pronóstico de nuestros pacientes. Además, debemos tener en consideración que la comorbilidad psiquiátrica en general, y en las enfermedades neurológicas en particular, tiene mejor pronóstico cuando los niños y adolescentes son diagnosticados y tratados precozmente.

Por esto, en Clínica Las Condes está constituido el Centro Avanzado de las Epilepsias, donde existe un equipo multidisciplinario que puede evaluar al paciente desde el punto de vista neurológico, psicológico, cognitivo y psiquiátrico. Es esencial abordar a estos pacientes desde una perspectiva multidisciplinaria, debido a la gran comorbilidad que existe entre psiquiatría y neurología.

CONSIDERACIONES EN LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Los trastornos alimentarios Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno por atracón (TA), son enfermedades psiquiátricas crónicas con importantes complicaciones médicas, psicológicas y comorbilidad psiquiátrica. Además de ser enfermedades de preocupación de salud pública, los trastornos alimentarios se encuentran entre las enfermedades psiquiátricas que tienen la mayor mortalidad (5-7% para AN por ejemplo).

Si bien es cierto, que la mayoría de los pacientes reciben tratamiento ambulatorio, el cuidado del paciente más gravemente enfermo constituye un reto para el equipo clínico; dada la severidad de los síntomas y complicaciones intercurrentes. Es por estas razones que estos pacientes necesitan de un tratamiento multidisciplinario especializado como el que se ha desarrollado en la Unidad de Trastornos Alimentarios de adolescentes y jóvenes de Clínica las Condes.

Epidemiología

La prevalencia de AN en los Estados Unidos es del 1-2% entre las mujeres, mientras que la prevalencia en adolescentes sería

de un 0.3 a 0.7%. Se sabe poco sobre la prevalencia de AN en varones; existiría una relación de 1 es a 10. Las tasas de incidencia son de entre un 9.2 a 25.7 mujeres por 100000 por año (10 a De 14 años de edad) y de 11.9 a 69.4 mujeres por 100000 (15 a 19 años de edad). La incidencia máxima se produce entre los 14 y 18 años.

En relación a BN se conoce que 1-2% de las adolescentes y el 0.5% de los adolescentes varones cumplen los criterios para su diagnóstico, con una relación hombres y mujeres es de 1:10. Típicamente comienza entre los 14 y los 22 años y en algunos casos, aparece después de un episodio de AN.

TA puede ser el trastorno alimentario más común, con un 3.5% de prevalencia en mujeres y 2% de los hombres. En la adolescencia se estima en un 2.3 y 0.8% en varones adolescentes (26).

Causas

Aunque la causa de los trastornos de la alimentación ha sido difícil de determinar, es posible identificar varios factores involucrados en su génesis: Factores socioculturales y ambientales (medios de comunicación e influencias de pares). Características familiares, (Estilos de crianza, dinámica familiar, personalidad de los padres), Variables biológicas (genética, regulación de neurotransmisores y funcionamiento hormonal).

Ninguno de estos factores ofrece una explicación suficiente para la ocurrencia de estos trastornos, por lo que es probable que existan varias vías de desarrollo para su desarrollo; así como la posibilidad de una constelación de factores interactivos que contribuyen a la vulnerabilidad y la expresión de la enfermedad (27).

Criterios Diagnósticos

Anorexia

El Manual Estadístico Diagnóstico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-5) define AN en aquellos individuos que restringen su consumo de energía, resultando en una baja significativa del peso corporal o, en el caso de niños y adolescentes, "menos del peso mínimo esperado". Existe gran temor a ganar peso y una percepción distorsionada de su propia forma y peso corporal. Se clasifica en 2 Subtipos: Restrictiva y Purgativa.

Bulimia

BN ocurre en individuos que están en un rango de peso normal o con sobrepeso. Existen episodios recurrentes de atracones caracterizados por el consumo de una gran cantidad de alimentos en corto período de tiempo, con pérdida de control sobre el comportamiento. Para evitar el aumento de peso, los pacientes utilizan la conducta purgativa (por ejemplo, vómitos autoinducidos, abuso laxante, enemas) o no purgativas (por ejemplo, ayuno, diuréticos, ejercicio extremo). La frecuencia de

atracones y conductas compensatorias promedia al menos una vez a la semana durante tres meses o más. Al igual que con AN la forma del cuerpo y el peso son fundamentales para la autoestima.

Trastorno por atracón

Se caracteriza por atracones repetidos, similares a BN, al menos una vez por semana. A diferencia de la BN, no se producen comportamientos compensatorios; por lo tanto, estos individuos tienden a estar por encima del peso normal. Los atracones causan angustia y se asocian a menudo con comer rápido, en ocasiones sin hambre y posteriormente sentirse incómodamente satisfecho (28).

Trastornos Comórbidos

Cerca de un 70% de los pacientes tiene otros diagnósticos psiquiátricos. Los más frecuentes son: trastornos de ansiedad, ánimo y abuso de sustancias (29). El antecedente de trauma como abuso sexual en la niñez, se asocia con BN y TA. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen tasas más altas de BN, en trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo tienen mayores tasas de AN y aquellos con trastornos de personalidad con evitación TA (30).

Complicaciones médicas

Las complicaciones médicas de los trastornos de la alimentación incluyen: arritmias, bradicardia, hipotensión, hipotermia, deshidratación, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal, pancreatitis, amenorrea o menstruación irregular, baja densidad mineral ósea, neurológicas y cognitivas, retraso en el crecimiento o deterioro del crecimiento, retraso o interrupción puberal, desequilibrios/anomalías hidroelectrolíticas.

La mayoría de las anomalías físicas son reversibles con una dieta adecuada y la restauración de un peso saludable. Sin embargo, en niños y adolescentes con AN u otros trastornos alimentarios restrictivos de larga duración, algunas de estas anomalías pueden ser irreversibles (deterioro del crecimiento, disminución de la densidad ósea, los cambios cerebrales y la infertilidad).

En BN o TA puede existir hipertrofia parotídea, callos en el dorso de a mano (signo de Russell), erosión del esmalte dental, o alteraciones hidroelectrolíticas graves, como la hipokalemia. Pudiendo desencadenar hipotensión ortostática y síncope. También se pueden producir erosiones esofágicas cuyo sangrado puede ser de difícil control y los atracones pueden causar tanto ruptura gástrica y esofágica (26).

Indicaciones de hospitalización

Indicaciones para hospitalización médica de niños y adolescentes con trastornos alimentarios han sido publicadas por la Academia Americana de Pediatría y la Sociedad de Salud de

Adolescentes

Estas incluyen: anomalía severa de la frecuencia cardíaca (bradicardia y cambios ortostáticos en la frecuencia cardíaca), presión arterial (hipotensión ortostática), temperatura corporal (hipotermia), alteraciones electrolíticas y desnutrición severa.

Estas normas se desarrollaron principalmente en relación con los impactos fisiológicos secundarios a la desnutrición y purgas (31).

Otras causas frecuentes de hospitalización son: pérdida rápida de peso, baja ingesta calórica, rechazo de líquidos, complicaciones médicas, comorbilidad psiquiátrica grave, aislamiento social, familia disfuncional, falta de servicios ambulatorios o respuesta insuficiente al tratamiento ambulatorio (32).

Hospitalización en Anorexia Nervosa

Dentro del tratamiento intrahospitalario de los trastornos alimentarios, la Anorexia Nervosa es el trastorno más frecuente y con más estudios acerca de su curso y efectividad.

Los objetivos de la hospitalización incluyen: restauración de peso, tratamiento de complicaciones físicas, restauración de patrones de alimentación saludables, motivación por la mejoría, educación nutricional, mejoramiento del funcionamiento individual, tratamiento de la comorbilidad, apoyo familiar y prevención de la recaída (33).

La planificación y el tratamiento individualizado del tratamiento comprende un enfoque multidisciplinario (Pediatra/Nutriólogo/Psiquiatra/Psicólogo).

Desde el punto de vista nutricional la restauración del peso es esencial para la estabilización inmediata de las complicaciones cardiovasculares, pero la realimentación no puede ser agresiva, por el riesgo de síndrome de realimentación y muerte súbita.

El médico a cargo del manejo nutricional debe estar preparado para el uso de nutrición enteral vía sonda nasogástrica o, incluso, nutrición parenteral, en pacientes muy desnutridas que se niegan a comer.

Indicaciones durante la hospitalización:

- Aporte energético en realimentación: no existe consenso en cuanto al aporte calórico al inicio de la alimentación (Por ejemplo, 600 a 1000 kcal/día, aumentando 200 a 300 Kcal/día cada 3-4 días o 10-20 Kcal/K/día como máximo en pacientes muy desnutridas).
- Alimentación supervisada
- Monitoreo cardíaco y control de laboratorio hasta estabilización médica.
- Vigilancia estricta para prevenir vómitos o ingesta excesiva de agua.

- Peso diario en ayunas, con ropa interior o bata.
- Medición de densidad urinaria en las mañanas, para correlacionar ingesta de agua y aumento de peso.
- Prohibición de ejercicio.

El incremento de peso esperado es de 500 a 1000gr semanales. Ganancias mayores a 1.000-1400gr pueden deberse a retención de sodio y fluidos o deposiciones por constipación (34).

La hospitalización por sí misma puede provocar sentimientos en el paciente que afectan la relación terapéutica y el cumplimiento del tratamiento; los objetivos del tratamiento muchas veces están en directa oposición a sus deseos, aumentando el miedo al aumento de peso y la angustia por la pérdida de control. La inestabilidad médica, comorbilidad psiquiátrica, y negación de la gravedad de la enfermedad son factores que pueden también contribuir a la resistencia al tratamiento (35,36).

Por otra parte, los pacientes que son hospitalizados involuntariamente pueden presentar negación completa de la enfermedad y sensación de no tener control sobre la situación actual, afectando la confianza y vínculo terapéutico.

Es importante tener presentes todas estas variables porque pueden conducir a luchas de poder entre el paciente y el personal médico/familia que entorpecen y dificultan la mejoría.

El apoyo psicoterapéutico durante la hospitalización se realiza a través de técnicas cognitivo-conductuales que se introducen después de la estabilización inicial. Las intervenciones incluyen explorar sistemas de creencias, tareas específicas (por ejemplo, enumerar atributos personales positivos), explorar comportamientos adaptativos alternativos, auto-monitoreo (diarios), y reestructuración de creencias, actitudes y percepciones erróneas. Las intervenciones apuntan al cambio gradual, lo que permite una meta realista (27).

Los psicofármacos pueden estar indicados en presencia de comorbilidad significativa. Hasta la fecha no hay medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para Tratamiento de AN. Se debe considerar que el bajo peso puede hacer que estos pacientes sean más vulnerables efectos secundarios. En estudios preliminares, la olanzapina se ha asociado con ganancia de peso en AN (37,38).

Existen algunos estudios que muestran que un índice de masa corporal mayor al ingreso y la ganancia de peso precoz predicen un resultado positivo del tratamiento intrahospitalario (39).

En adolescentes se ha visto que la depresión e insatisfacción corporal son predictores negativos de un cambio clínicamente significativo durante la hospitalización; y que el tratamiento

hospitalario sería efectivo en aproximadamente dos tercios de adolescentes con AN (32).

Pronóstico

Los trastornos alimentarios suelen ser enfermedades crónicas. Estudios de seguimiento de adolescentes entre 4 y 20 años después de la hospitalización, muestran que un 68% tiene resultados positivos, 23% intermedios y un 9% pobre (en una gama de indicadores biopsicosociales). La tasa de recuperación aumenta con la duración del tiempo de seguimiento; por ejemplo, aproximadamente el 33% de los individuos a los 4 años y el 73% a los 10 años o más se recuperan.

El período de mayor riesgo para la recaída de AN es el primer año después de la hospitalización o tratamiento ambulatorio. En un estudio de seguimiento a 5 años de BN, tasa de remisión y la recaída fue de aproximadamente el 74% y el 47%, respectivamente. El seguimiento de veinte años sugiere una tasa de remisión del 75% para BN Longitudinal. Estudios de TA sugieren tasas de recuperación que van del 50% al 85% después de 4 a 6 años (27).

CONCLUSIONES

El abordaje de los problemas de salud mental en el hospital general resulta indispensable para otorgar una medicina de alta calidad, en especial en pacientes del alta complejidad.

El abordaje dependerá del tipo de establecimiento, las características y necesidades del mismo. En la medida que podemos realizar psiquiatría de consultoría y enlace con los pacientes hospitalizados es evidente la contribución a mejorar el pronóstico de la enfermedad de base, como de las complicaciones asociadas de largo plazo tanto médicas como de salud mental contribuyendo adecuadamente al bienestar de los pacientes y familias mejorando la calidad de vida posterior.

El diagnóstico, intervenciones precoces y el trabajo multidisciplinario permite ir afinando los modos de cómo incluir a los profesionales de salud mental. Esto dependerá principalmente de la disponibilidad de recursos, pero debe ser con una participación activa, permanente en el tiempo, participando en reuniones y discusiones de los casos más complejos, lo que permita generar relaciones colaborativas (vínculos) con los equipos tratantes.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hoyle L, *The Function of Consultation-Liaison Psychiatry*, Hoyle Leigh & Jon Streltzer, *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry* 2015, 11-14.
2. Kathol RG, Harsch HH, Hall RC, et al. Categorization of types of medical/psychiatry units based on level of acuity. *Psychosomatics* 1992; 33 (4):376-86.
3. Erazo R. Es Psicósomático lo mío, doctor? *Rev Med Clin Condes* 2012; V23 (5): 601-605.
4. Davydow DS, Richardson LP, Zatzick DF, Katon WJ. Psychiatric morbidity in pediatric critical illness survivors: a comprehensive review of the literature. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010 Apr;164(4):377-85.
5. Schieveld JN, Wolters AM, Blankespoor RJ, van de Riet EH, Vos GD, Leroy PL, van Os J. The forthcoming DSM-5, critical care medicine, and pediatric neuropsychiatry: which new concepts do we need? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2013.
6. Rojas O, Krauskopf V, Umaña J. Intervención psiquiátrica en programa de trasplantes. *REV. MED. CLIN. CONDES - 2010; 21(2) 286 - 292*].
7. Woolston JL. Psychiatric aspects of a pediatric intensive care unit. *Yale J Biol Med.* 1984 Jan-Feb;57(1):97-110.
8. Knoester H, Bronner MB, Bos AP. Surviving pediatric intensive care: physical outcome after 3 months. *Intensive Care Med.* 2008;34(6):1076-1082.
9. Knoester H, Bronner MB, Bos AP, Grootenhuis MA. Quality of life in children three and nine months after discharge from a paediatric intensive care unit: a prospective cohort study. *Health Qual Life Outcomes.* 2008;6:21.
8. Als LC, Picouto MD, O'Donnell KJ, Nadel S, Cooper M, Pierce CM, et al. Stress hormones and posttraumatic stress symptoms following paediatric critical illness: an exploratory study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017 May;26(5):511-519.
10. Martin A, Volkmar FR: *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, 4th Edition.* Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
11. Windich-Biermeier A, Sjoberg I, Dale JC, Eshelman D, Guzzetta CE. Effects of distraction on pain, fear, and distress during venous port access and venipuncture in children and adolescents with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2007 Jan-Feb;24(1):8-19.
12. Bujoreanu S, Ibeziako P, Ray DeMaso D. Psychiatric Concerns in Pediatric Epilepsy. *Child Adolesc Psychiatric Clin n Am* 2010; 19: 371-386.
13. Dyb G, Stensland S, Zwart J. Psychiatric Comorbidity in Childhood and Adolescence Headache. *Curr Pain Headache Rep.* 2015; 19 (3): 1-8.
14. Jones J, Siddarth P, Gurbani S, Shields D, Caplan R. Cognition, academic achievement, language, and psychopathology in pediatric chronic epilepsy: Short-term outcomes. *Epilepsy Behav.* 2010 July; 18(3): 211-217.
15. Henkin Y, Sadeh M, Kivity S, Shabtai E, Kishon-Rabin L, Gadoth N. Cognitive function in idiopathic generalized epilepsy of childhood. *Develp Med Child Neurology.* 2005; 47: 126-132.
16. Berg A, Langfitt J, Testa F, Levy S, DiMario F. Residual cognitive effects of uncomplicated idiopathic and cryptogenic epilepsy. *Epilepsy & Behavior.* 2008; 13 (4): 614-619.
17. Menlove L, Reilly C. Memory in children with epilepsy: A systematic review. *Seizure* 25 (2015) 126-135.
18. Gucuyener K, Erdemoglu AK, Senol S, Serdaroglu A, Soysal S, Kockar AI.. Use

- of methylphenidate for attention-deficit hyperactivity disorder in patients with epilepsy or electroencephalographic abnormalities. *J Child Neurol* 2003; 18: 109-112.
19. Mula M. Depression in epilepsy. *Current opinion neurology*. 2017; 30(2).
 20. Berg A, Caplan R, Hesdorffer D. Psychiatric and neurodevelopmental disorders in childhood-onset epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2011; 20 (3): 550-555.
 21. Kwong KL, Lam D, Tsui S, Ngan M, Tsang B, Lai TS, Lam SM. Anxiety and Depression in Adolescents with Epilepsy. *J Child Neurol*. 2016; 31(2) 203-210.
 22. Jones J, Siddarth P, Gurbani S, Shields D, Caplan R. Screening for suicidal ideation in children with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2013 December; 29 (3): 521-526.
 23. Farooq S, Sherin A. Interventions for psychotic symptoms concomitant with epilepsy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; (4): CD006118.
 24. Reilly C, Menlove L, Fento V, Das K. Psychogenic nonepileptic seizures in children: A review. *Epilepsia* 2013; 54 (10): 1715-1724.
 25. Verrotti A, Agostinelli S, Mohn A, Manco R, Coppola G, Franzoni E, et al. Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2004 Aug 18; 292(7):807-20.
 26. Lock J, La Via M, and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(5):412-425.
 27. Wolfe B, Dunne J, Kells M. Nursing Care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder *Nurs Clin N Am* 2016;213-235
 28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edition. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.
 29. Ulfvebrand S, Birgegård A, Noring C, et al. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Res* 2015;230:294-9.
 30. Caslini M, Bartoli F, Crocamo C, et al. Disentangling the association between child abuse and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2016;78(1):79-90.
 31. Society for Adolescent Health and Medicine. Position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *J Adolesc Health* 2015;56:121-5
 32. Schlegl S, Diedrich A, Neumayr C, Inpatient Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: Clinical Significance and Predictors of Treatment Outcome *Eur. Eat. Disorders Rev*. 24 (2016) 214-222.
 33. American Psychiatric Association. *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders*. 3rd edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2006.
 34. Gaete V, López C, Matamala M, Raimann X. Trastornos de la conducta Alimentaria en Adolescentes y jóvenes. *Nutrición en el Ciclo Vital*. Editorial Mediterráneo 2013.
 35. Snell L, Crowe M, Jordan J. Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *J Clin Nurs* 2010;19:351-8.
 36. Abbate-Daga G, Amianto F, Delsedime N, et al. Resistance to treatment in eating disorders: a critical challenge. *BMC Psychiatry* 2013;13:292.
 37. McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, et al. Psychopharmacologic treatment of eating disorders: emerging findings. *Curr Psychiatry Rep* 2015;17(5):35.
 38. Suárez P, Peña C, Arbaizar B, Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of Psychiatric Practice* 2015 Vol. 21, No.1
 39. Wales J, Brewin N, Cashmore R, Predictors of Positive Treatment Outcome in People With Anorexia Nervosa Treated in a Specialized Inpatient Unit: The Role of Early Response to Treatment *Eur. Eat. Disorders Rev*. (2016).