

PSICOLOGÍA DE ENLACE EN UN SERVICIO PEDIÁTRICO HOSPITALARIO (1996-2012) *Tello, C, **Vidal-Bota J, **Bosch J, **Vallmanya T, *Solé, E**

*Psicóloga clínica. Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ). *Sant Joan de Déu* de Lleida .

Pediatra * Jefe del Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV). Lleida

CORRESPONDENCIA

Carme Tello

CSMIJ *Sant Joan de Déu* de Lleida

C/Bisbe Torres 2,

25002 Lleida (España)

Telef: 973 26 72 22 Fax 973 28 27 10

E-Mail: carme.tello@sjd-lleida.org

Resumen:

Objetivo: La psiquiatría de enlace atiende a pacientes médicos y quirúrgicos con comorbilidad psiquiátrica, psicosomática y/o psicosocial. El Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) *Sant Joan de Déu* de Lleida y el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV) de Lleida desarrollan un programa de psicología de enlace con los siguientes objetivos: evitar la prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria, disminuir la ansiedad de los pacientes y de los padres, favorecer la correcta aplicación del tratamiento y agilizar la derivación del paciente a los recursos de la red infantil de Salud Mental si se detecta un trastorno psiquiátrico.

Método: Interconsulta del pediatra responsable del paciente, entrevista diagnóstica con la familia y con el niño, pruebas gráficas e interconsulta con el pediatra para comentar *screening* diagnóstico y la propuesta de intervención.

Resultados: En el periodo de mayo 1996 a julio 2012, se hicieron 3.789 consultas, de las que el 49,5% eran chicos y el 50,5% chicas. La mayoría de pacientes se encontraba en la franja de edad de 11-14 años (42,3%), 41,9% chicos y 58,1% chicas. Las interconsultas más frecuentes fueron: diabetes mellitus insulino-dependiente (21,9%), dolores sin correspondencia somática (*Algias*) (18,7%), y problemas alimentarios (12,5%). Los diagnósticos más frecuentes fueron trastornos: reactivos (39,0%), de ansiedad (15,1%) y de expresión somática (13,8%). Por sexos, resulta significativo el 13,1% de trastornos personalidad en niños. Se detectaron trastornos psiquiátricos en un 47,9% de los pacientes, que fueron derivados al CSMIJ, a otros servicios sanitarios.

Conclusiones: mayoritariamente las familias y pacientes han colaborado en el *screening* diagnóstico, esto ha facilitado la discriminación rápida e interdisciplinar de los aspectos psicósomáticos y la detección de trastornos psiquiátricos. Se han evitado prolongaciones innecesarias de ingresos. Ha facilitado el trabajo en red de los distintos dispositivos relacionados con la infancia y la adolescencia.

Palabras clave

Psiquiatría de enlace, Aspectos Salud Pública, Pediatría, Infancia

Title: Consultation and liaison child psychology in a paediatric hospital service (1996-2012)

Abstract

Objective: Liaison psychiatry takes care of patients with psychiatric, psychosomatic and/or psychosocial comorbidity. A consultation-liaison psychology program was carried out in Lleida (Catalonia, Spain) by *Sant Joan de Déu's* Child and Youth Mental Health Centre (CSMIJ) and

the Department of Pediatrics of the University Hospital “Arnau de Vilanova”. Its main goals were to reduce the length of the hospital stay, to decrease anxiety of patients and parents, to encourage the proper application of treatment and to expedite the patient referral to the resources of the mental health network for children and youth if a psychiatric disorder was detected.

Method: Consult by the paediatrician of the patient, interview diagnoses with the family and the child, graphical tests and conference with the paediatrician to comment the screening diagnosis and offer intervention.

Results: During the period between May, 1996 and July 2012, a total of 3,789 consultations (49.5% boys and 50.5% girls) were attended by the liaison psychologist. The majority of the patients (42.3%) were in the age range 11-14 years (41.9% boys and 58.1% girls) (42, 3). Main motives for consultation were insulin-dependent diabetes mellitus (21.9%), somatization pain disorder (18.7%) and eating disorders (12.5%). The most frequent diagnoses were: reactive disorders (39.0 %), anxiety disorders (15.1%) and psychosomatics disorders (13.8%). By sex, 13.1% of the boys are given a diagnosis of personality disorder. A psychiatric disorder was detected in 47.9% of the patients, being referred to CSMIJ *Sant Joan de Déu* de Lleida or other Mental Health Services for treatment.

Conclusions: Most of the families and patients collaborated in the screening diagnostic process allowing a prompt and multidisciplinary discrimination of the psychosomatic components of the conditions and the psychiatric disorders. Unnecessary length of the hospital stay was avoided. Net work mechanisms related to infancy and adolescence health care were facilitated.

Key words:

Consultation and liaison psychology, Public health, Paediatrics, Childhood

1. - Introducción

La psiquiatría/psicología de enlace está dirigida a cuidar de los pacientes con problemas médicos o quirúrgicos con comorbilidad de trastornos psiquiátricos o psicosociales. Se ocupa de dar una respuesta al médico que hace una interconsulta en relación a un paciente que se está tratando por una patología somática. Este paciente puede hallarse hospitalizado o bien puede estar siendo atendido en una consulta externa hospitalaria, un área básica de salud, etc.

Ya en época de Hipócrates se tenía conocimiento de la existencia de una interacción cuerpo-mente. Pero, el primero que describió la psiquiatría de enlace como una especialidad dentro de la psiquiatría fue Lipowski (1974,1986A). Otros autores a tener en cuenta son Alarcon (1978), Fahr (1987), Hales (1982), Levitan (1981), Porter (1988), Smith (1995), Rundell (2001), Wilson (1962), Woolf (1990).

Un número creciente de niños y jóvenes con problemas de salud mental son atendidos en servicios pediátricos. Sin embargo los aspectos psiquiátricos y psicológicos no suelen ser tenidos en cuenta en la formación de los médicos y enfermeros de estos servicios. En una encuesta realizada con enfermeras de un hospital se sugería que la atención de ésta patología implicaba un reto para el que no se hallaban cualificadas. El 87% reconocían que conseguir coordinar al pediatra, las enfermeras y los niños y adolescentes con los servicios de salud mental infantiles y juveniles era un aspecto pendiente que sería muy beneficioso tanto para la calidad del servicio de pediatría, como para la formación de los profesionales (84%), así como para el apoyo individual del niño y de su familia (84%). Esta coordinación facilitaba el diagnóstico y mejoraba la atención de niños, jóvenes y familiares (Ibáñez 1997; Kazak 2006; Pi 1999; Roberts, Steele 2010; Williams, Wright 2003; Woodgate, Garralda 2006).

Un estudio que describía 56 servicios de consulta de enlace en 11 países europeos del servicio nacional de la salud, señalaba que dicha consulta se centraba especialmente en servicios de urgencia psiquiátrica y cumplía una función muy importante como puente entre la salud en general y el cuidado de la salud mental en particular. (Carter, Kronenberger, Baker, Crabtree, Smith, McGraw 2003; Huyse, Herzog, Lobo, Malt, Opmeer, Stein, de Jorge, Van Dijck, Creed, Crespo, Cardoso, Guimafraes-Lopes, Mayou, Van Moffaert, Rigatelli, Sacas, Tienari 2001).

Diferentes estudios sugieren la importancia de la interconsulta psiquiátrica i psicológica en servicios de pediatría para una atención adecuada de enfermedades crónicas como la diabetes. En 91 consultas psicológicas se evaluó a lo largo de un año el motivo de derivación, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes. Casi la mitad de los pacientes atendidos presentaron trastornos emocionales. Los diagnósticos más frecuentes fueron: trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastornos del estado del ánimo o ansiedad (Sobel, Roberts, Rapoff, Barnard 2001).

También se observó que esta consulta tuvo un impacto positivo en los síntomas somáticos relacionados. En estudios efectuados en hospitales se sugería que los niños que padecían enfermedades que amenazaban la vida presentaban mayor tendencia a problemas de internalización y externalización que los niños sin enfermedades graves. Los niños no hospitalizados tendían a presentar más problemas de internalización y una tendencia hacia una mayor externalización de problemas que los niños sanos que desarrollaron enfermedades agudas. (La Greca, Bearman 2003; Levy, Kronenberg, Carte 2008). En niños diabéticos la intervención psicológica facilitó la adherencia al tratamiento insulínico y redujo las complicaciones asociadas con un mal control metabólico (Brosing, Zahart 2006; Gelfan, Geffken, Lewin, Heidgerken, Grove, Malasanos, Silverstein 2004).

El programa de interconsulta psicológica del Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) *Sant Joan de Déu* de Lleida, es el fruto de una larga y consolidada colaboración entre el equipo de salud mental y los servicios de pediatría del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida y de las áreas básicas de salud. Esta colaboración abarca tanto aspectos asistenciales como de formación continuada (Tello, Goma, Bosch, Galindez, Vallmanya, Vidal 2004).

2.-Objetivos del programa de interconsulta

Facilitar herramientas a los profesionales del servicio de pediatría del HUAV (Ibáñez 1997, Salmon 1995; Tello, Goma, Bosch, Galindez, Vallmanya, Vidal 2004) para:

- Favorecer la atención de los pacientes y sus familias
- Organizar flujos de entrada de pacientes dentro de la unidad de acuerdo con sus características clínicas y evitar listas de espera
- Evitar la prolongación innecesaria de las estancias y optimizar la ocupación de la unidad, la labor del personal sanitario y las pruebas clínicas.
- Contener las interferencias de los padres y de los pacientes en el buen funcionamiento y aplicación de las directrices médicas de tratamiento.
- Disminuir la utilización del servicio con fines ajenos a los aspectos sanitarios, como ocurre cuando la demanda de ingreso responde más a un estado de angustia y a la falta de contención por los padres que a una auténtica problemática clínica.
- Mejorar la calidad asistencial y de recursos del CSMIJ *Sant Joan de Déu* de Lleida, favoreciéndose así el trabajo en red y agilizándose la derivación a otros servicios y recursos de la red infantil y juvenil.

Ayudar a los pacientes del Servicio de Pediatría del HUAV y a sus padres:

- Disminuir la ansiedad del paciente y de su familia, con la repercusión positiva de una mejor adherencia a las indicaciones médicas.
- Evitar un "beneficio secundario" por el hecho de la hospitalización, dimensión negativa tanto para el paciente (puede afectar su escolaridad, así como reforzar comportamientos negativos por los que la vía somática pueda constituirse como una manera de conseguir privilegios) como para sus familiares.
- Los factores de estrés y el beneficio secundario del paciente, pueden generar sintomatologías complejas que requieran múltiples pruebas complementarias. Al mismo tiempo puede generar patología psiquiátrica reactiva y / o iatrogénica.

- Este beneficio secundario en relación al paciente puede ser un factor patogénico añadido, ya que puede aumentar la sintomatología orgánica.
- En relación a la familia de los pacientes, hay que tener en cuenta que el aumento del estrés motivado tanto por el hecho de ingresar como por la prolongación del mismo, puede agravar los síntomas del paciente o dar lugar a cuestionamientos sistemáticos de las pautas médicas, con el consecuente problema médico.

3.- Metodología

- a. Personal: El equipo del CSMIJ de Lleida envía desplaza a un psicólogo al Servicio de Pediatría del HUAV.
- b. Tiempo de dedicación: 2 horas semanales. En caso de urgencia se valora la intervención de un psiquiatra del CSMIJ de Lleida
- c. Tipo de asistencia: Reunión semanal con el equipo médico y de enfermería del Servicio de Pediatría del HUAV, para evaluar:
 - Nuevos pacientes ingresados que presenten posibles trastornos psiquiátricos añadidos.
 - Seguimiento de pacientes visitados anteriormente.
 - Seguimiento de pacientes derivados al CSMIJ o a Consultas Periféricas.
 - Atención a Urgencias Pediátricas.

- Intervención directa con la familia y el paciente ingresado, previa interconsulta con el pediatra que deriva el caso a fin de ampliar los datos clínicos del paciente.

 - Screening diagnóstico:
 - Entrevista diagnóstica con la familia y el paciente.

 - Pase de pruebas diagnósticas. Habitualmente se pasan gráficos: H, T, P, Familias, Objeto más desagradable. Se pueden pasar otras pruebas si se considera conveniente y necesario.

 - Entrevista con el pediatra para comentar la impresión diagnóstica y la propuesta de intervención.

 - Interconsulta con la maestra del aula Hospitalaria para comentar conducta observada durante el ingreso

 - Elaboración del informe clínico sobre la intervención realizada y la propuesta técnica.

 - Seguimiento de los pacientes que ingresaron por debut diabético (DMID), al incluirlos en el programa de "Adherencia al tratamiento insulínico independiente" que se lleva a cabo por el CSMIJ de Lleida conjuntamente con los endocrinólogos pediátricos del HUAV y los profesionales de la Asociación de Diabéticos de Lleida. Esta tarea también participa la maestra del Aula Hospitalaria.

 - Estudio y evaluación de aspectos formativos, asistenciales y humanos para el mutuo enriquecimiento de los profesionales del CSMIJ y del servicio de pediatría del HUAV del Lleida.
- d. Materiales y método: El resumen estadístico que exponemos a continuación se obtuvo a partir de:

- La historia clínica del paciente efectuada en el HUAV
- Entrevista diagnóstica del CSMIJ con la familia y el paciente
- Pruebas diagnósticas realizadas al paciente. El código diagnóstico utilizado es: IDC-9 (CIE-9) (OMS 1978).

4. - Resultados: tablas y discusión de los resultados

A continuación se resumen los datos correspondientes al trabajo efectuado durante el período de mayo/1996 a julio/2012, ambos inclusive.

A. - Número global de visitas atendidas:

En la **Tabla I**, se señala que se atendieron 3.789 pacientes, de los que 983 fueron primeras visitas (no visitados previamente ni en HUAV ni en CSMIJ), y 2.806 pacientes correspondían a visitas sucesivas.

En el **Gráfico I**, se muestra el aumento progresivo del número de visitas desde el año 1996, momento en que se inició el programa, hasta el año 2012.

B. - Distribución de pacientes por edades:

En el **Gráfico II** se observa como la franja mayoritaria de edad es la comprendida entre los 11 y los 14 años (total 49,7%). En las niñas es la franja claramente mayoritaria (62,0%), mientras que los niños entre 11-14 años representan el 34,4%, hallándose entre los 7-10 años el 30,5%. Los pacientes de más de 14 años (total 8,1%) corresponde a interconsultas con otros servicios del HUAV, especialmente Medicina Interna (Endocrinología) y Urgencias.

C. - Relación de demandas de atención más frecuentes (Trenchs 2003):

En el **Gráfico III** se aprecia como la interconsulta más frecuente corresponde al ingreso por dolor sin lesión orgánica (algias) que corresponde al 28,4% de los pacientes, porcentaje que es mayoritario en las niñas (30,0%). En los niños el principal motivo de demanda de interconsulta es la diabetes mellitus (DMID, 30,4%). En ambos sexos, la interconsulta por DMID es muy elevada: 30,4% en niños y 22,0% en niñas. Ello se halla relacionado con la implementación del programa específico de seguimiento de pacientes afectados de DMID, con el fin de favorecer su adherencia al tratamiento insulínico.

D. - Diagnósticos más frecuentes de los pacientes visitados en primera consulta en el servicio de pediatría del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (Alarcon 1978, Castillo 1976, Fauman 1983, Noyes 1995):

El **Gráfico IV** muestra que el diagnóstico más frecuente del screening psicológico es en ambos sexos el de Trastornos Neuróticos (44,1%), afectando al 44,2% de los chicos y al 43,9% de las chicas. Cabe señalar que dentro de los Trastornos Neuróticos, los más frecuentes son los de Estados de Ansiedad (19,5%). Se observa diferencia entre chicos y chicas, ya que en los niños es más alto el porcentaje correspondiente a Estado de Ansiedad (24,6%), mientras que en las niñas se halla repartido entre Histeria (17,3%) y Estados de Ansiedad (15,3%)

E - Indicaciones terapéuticas recomendadas después del screening psicológico:

Gráfico V: las derivaciones se han hecho mayoritariamente al circuito del Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Lleida (Total 49,3%, niños 54,9%, niñas 44,6%). Hay que tener en cuenta que el Hospital de Día Infanto-Juvenil y la Unidad de Referencia de Psiquiatría Infantil (URPI) no se inauguraron hasta septiembre de 1999, y que las Consultas Periféricas de Salud Mental también son de reciente implantación (1998).

5.- Conclusiones

1. La respuesta del paciente y de su familia ha sido en general positiva, facilitándose la posibilidad de llevar a cabo un *screening* psicológico rápido y eficiente, dándose así a un apoyo psicológico más completo a la familia y al paciente a lo largo del ingreso.
2. Las familias que han presentado una negativa total a este tipo de intervención han sido la excepción.
3. El Programa facilita la discriminación rápida e interdisciplinar de los aspectos psicosomáticos del paciente.
4. La asistencia directa a los pacientes y sus familias durante la hospitalización evita derivaciones innecesarias a los servicios de Salud Mental Infantil y Juvenil. Debe tenerse en cuenta que para una parte importante de la población aún es difícil no vivenciar de forma persecutoria y negativa el hecho de derivar al hijo al Centro de Salud Mental, como ocurre con los problemas psicosomáticos, de conversión o con las simulaciones somáticas. (Angulo 1992, Pedreira 1996). También debe tenerse en cuenta que en la actual situación deficitaria del servicio nacional de salud, los estudios de rentabilidad y efectividad de esta sinergia asistencial resultan positivos desde el punto de vista de efectividad terapéutica y de rentabilización de servicios sanitarios. (Brosing, Zahart 2006).
5. Este Programa posibilita tener información y seguimiento clínico de los debuts diabéticos (DMID). Se trata de un aspecto preventivo importante que disminuye reingresos hospitalarios por descompensación derivados de una deficiente aplicación de las pautas diabetológicas. Al mismo tiempo se evita en los pacientes el refuerzo de conductas negativas (como es el caso del beneficio secundario derivado de los cuidados de la hospitalización y del hecho de estar enfermo), y con ello las consiguientes dificultades para una correcta adherencia al tratamiento insulino-dependiente. Con este programa puede darse un espacio de elaboración de los estados de ansiedad derivados del debut DMID tanto a los padres como al paciente (Allen 1983; Gelfan, Geffken, Lewin, Heidgerken, Grove, Malasanos, Silverstein 2004; Johnson 1980, 1984, Polaino 1994).

6. La consulta psicológica directa por parte del Servicio de Pediatría del HUAV de Lleida sigue las líneas asistenciales planteadas por el CatSalut sobre la necesidad del trabajo en red, tanto para dar herramientas a los profesionales de la pediatría como para la detección y la atención precoz de los Trastornos Mentales Graves (TMG).
7. El Programa ha permitido a los profesionales del CSMIJ de Lleida participar en jornadas formativas, cursos de formación continuada y sesiones clínicas conjuntos con los profesionales médicos y de enfermería.

Para concluir: creemos que para mejorar la labor preventiva del Programa debería ampliarse la intervención del CSMIJ de Lleida en el tratamiento de los pacientes atendidos en el Servicio de Pediatría del HUAV, abriéndose nuevas líneas de trabajo, como por ejemplo:

- a) Otras patologías crónicas, siguiendo el modelo de la Diabetes
- b) Niños con enfermedades mortales o altamente invalidantes
- c) Seguimiento más cuidadoso de los bebés de riesgo
- d) Problemas derivados de la inmigración, especialmente en el ámbito social, cultural y religioso. Dentro de esta línea hemos iniciado el proyecto *"la hora del té"* con mujeres magrebíes. El proyecto se creó como una forma de poder atender a estas madres cuando en un determinado momento y por motivos económicos el servicio de pediatría del HUAV tuvo que prescindir del servicio de mediación cultural. Un gran número de ellas presentan dificultades para entender las indicaciones terapéuticas. Sin embargo existe entre ellas una relación natural que permite que durante el ingreso de sus hijos el espacio grupal alrededor de un té facilite manejar las angustias que derivan del ingreso de su hijo-a. (Este proyecto se está llevando a cabo por: Sra. Castillo, maestra del Aula Hospitalaria, Dra Vallmanya y Dra. Ibars, pediatras y Sra. Tello, psicóloga del Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil *Sant Joan de Déu* de Lleida, pendiente de publicación).

- e) Abrir vías de investigación sobre la eficacia de la consulta psiquiátrica/psicológica en los servicios de pediatría, con el fin de evaluar los motivos de derivación, los diagnósticos, los tipos de intervención, la eficacia del trabajo interdisciplinar y en red con los servicios de atención a la infancia y adolescencia (equipos sanitarios, escolares, servicios sociales, justicia juvenil), la satisfacción de los niños y de sus familias por la intervención recibida, y los costos económicos de los resultados asistenciales (Roberts, Brown, Puddy 2002)

Referencias

- ALARCÓN R.& MATOS L (1978). La interconsulta psiquiátrica. Aspectos clínicos. *IV Congreso Nacional de Psiquiatría.*, 288-299.
- ALARCÓN R Y CASTILLO A (1978) Manifestaciones psicopatológicas en poblaciones psiquiátricas y no psiquiátricas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 41(1) 256-273.
- ALLEN et al (1983) Parent and Child Perceptions of the Management of Juvenile Diabetes. *Journal of Paediatric Psychology.* , 8 (2) 129-141
- ANGULO GRACIA, F (1992) Aportaciones funcionales de un Servicio de Paidopsiquiatría en un Hospital General Pediátrico. *Tesis Doctoral Facultad Medicina de la Universidad Central de Barcelona*
- ARIAS CONGRAINS. M (1993) Las interconsultas psiquiátricas: análisis y comparaciones. *Rev Med Hered.*; 4; 119-124
- BROSING CL, ZAHART DM (2006). Evolution of an inpatient pediatric psychology consultation service: seguees related to reimbursement and the use of health and behavior codes. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 13 (4) 420-242
- BRYAN D, BAKER J, GRIMES L, CRABTREE V, SMITH C, MCGRAW K (2003) Impatient pediatric consultation-liaison: a case controlled study *Journal Pediatric Psychology* 28 (6) 423-432
- CARTER BD, KRONENBERGER WG, BAKER LM, CRABTREE VM, SMITH C, MCGRAW K (2003) Impatient Pediatric Consultation-Liaison: a case controlled study. *Journal of Pediatric Psychology* 28(6) 423-432

- CASTILLO A Y ALARCÓN R. (1976) Dimensiones psicopatológicas en pacientes no psiquiátricos. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 39 (1), 24-38.
- DIVERSOS AUTORES (2001) Encuesta sobre el papel del psicólogo clínico en los equipos de salud mental. *Documento de la Comissió de Salut mental del Col.legi de Psicòlegs de Catalunya*.
- FAHRER R., CATRI J., CAMONA J., FAHRER M., GRANDE A., ORTIZ F. E. Y VILCHEZ A. (1987) Psicología Médica, Psiquiatría de Enlace. Atención primaria en Salud Mental. *Documenta Psiquiátrica Ciba Geigy*, 2,5-25.
- FAUMAN M. A. (1983) Psychiatric Components of Medical and Surgical Practice, II: Referral and Treatment of Psychiatric Disorders. *American Journal Psychiatry*, 140 (6), 760-763.
- GELFAN K, GEFFKEN G, LEWIN A, HEIDGERKEN A, GROVE MJ, MALASANOS T, SILVERSTEIN J (2004) An Initial Evaluation of the Design of Pediatric Psychology Consultation Service with Children with Diabetes. *Journal Child Health Care* 8 (2) 113-123
- HALES R Y FINK P. A (1982) Modest proposal for Consultation/Liaison Psychiatry in the 1980's.: *American Journal Psychiatry* 139 (8); 1015-1021.
- HUYSE FJ, HERZOG T, LOBO A, MALT UF, OPMEEER BC, STEIN B, DE JORGE P, VAN DIJCK R, CREED F, CRESPO MD, CARDOSO G, GUIMAFRAES-LOPES R, MAYOU R, VAN MOFFAERT, RIGATELLI M, SACAS P, TIENARI P. (2001) Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study *General Hospital Psychiatry* 23(3) 124-132
- HUYSE FJ, HERZOG T, MALT UF (2002) International perspectives on consultation-liaison psychiatry (pp 203-233), In: Wise MG, Rundell JR. Editors. *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. 2n edition Washington. American Psychiatry Press
- HUYSE FJ, LYONS JS, STIEFEL F, et al (2001) Operationalizing the biopsychosocial model. *Psychosomatic*. 1 (42) 5-13.
- IBAÑEZ FANES, M (1997) El trabajo multidisciplinar entre la pediatría y la psiquiatría en la asistencia a la población materno-infantil. Ponencia presentada en: *Congrés d'Atenció Primaria i Salut Mental*. Reus

- JIMENEZ PASCUAL, A. y CERVERA MONTEAGUDO, N.(1998) Coordinación e integración de recursos en la practica de salud mental. Ed. Asociación Castellano-Manchega de Neuropsiquiatría y Salud mental. Ciudad Real
- JOHNSON, SB (1980) Ppsychological Factors in Juvenile Diabetes: A Review. Journal Behavioral Medicine 3, 95-116
- JOHNSON, SB (1984) Knowledge, Attitudes and Behavior: Correlates to Health in Childhood Diabetes. Clinical Psychology Review. 4, 503-524
- KAZAK AE (2006) Pediatric Psychosocial Preventative Health Model (PPPHM): Research, practice, and collaboration in pediatric family systems medicine. Familias, Systems & Health 24 (4) 381-395.
- LA GRECA, A. M., & BEARMAN, K. J. (2003). Adherence to pediatric treatment regimens. In: M. C. Roberts (Ed.), Handbook of pediatric psychology (3rd ed., pp. 99–118). New York: Guilford
- LEVY MC, KRONENBERGER WG, CARTES BD (2008) Brief report: Illness factors and child behavior before and during pediatric hospitalization. Journal Pediatric Psychology 33(8) 905-909
- LEVITAN SJ, KORNFELD D. (1981) Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. American Journal Psychiatry, 138:790–793
- LIPOWSKI, Z. (1974) Consultation-Liaison Psychiatry: An Overview. American Journal Psychiatry 131 (6); 623-630
- LIPOWSKI, Z. (1986A) Psychosomatic medicine: Past and present. Part Historical Background. Canada Journal Psychiatry 31, 2-7.
- MIT. GC. (2003) The future of consultation-liaison psychiatry. Australian New Zealand Journal Psychiatry. 37(2): 150-159
- NOYES R JR., HOLT CS, KATHOL RG.(1995) Summarization: diagnosis and management. Arch Fam Med. 4:790–795
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978) Clasificación Internacional de Enfermedades (Novena revisión: CIE-9). Ginebra.
- OZBAYRAK KR, COSKUN A. (1993) Attitudes of pediatricians toward psychiatric consultations. General Hospital Psychiatry. 15(5): 334-8.

- PEDREIRA MASS JL, SARDINERO GARCIA E (1996) Prevalencia de trastornos mentales en la infancia en atención primaria pediátrica. Actas Luso-Españolas Neurología. Psiquiatría; 24, (4): 173-190
- PI M, ESPORRIN C, PERKAL G, ARENAS J. I BASTIDA F (1999) Reflexiones alrededor de una Unidad de Psicósomática en Consultas Externas de un Hospital General. XII Congreso Nacional de SEPYPNA, Girona
- POLAINO, A. y GIL ROBLES-NIETO (1994) Psicología y Diabetes Infanto-Juvenil Ed. Siglo XXI. Madrid
- PORTER J. A (1988) Psychiatric Consultation-Liaison Service Community Hospital. Canada Journal Psychiatry 33:(4) 271-274.
- ROBERTS MC, BROWN KJ, PUDDY RW (2002) Service delivery Segues and program evaluation in pediatric psychology. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 9 (1) 3-13
- ROBERTS MC, STEELE RG (2010) Handbook of Pediatric Psychology. New Cork Gilford Press
- RUNDELL, JR. WISE, MG (2001) Fundamentos de psiquiatría de enlace. Ars Médica. Barcelona
- SALMON P, MAY CR. (1995) Patients' influence on doctors' behaviour: a case study of patient strategies in somatisation. International Journal Psychiatric Medicine 25(4):319-329.
- SMITH GR JR., ROST K, KASHNER TM. (1995) A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatising patients. Archives Genetic Psychiatry, 52:238-243
- SMITH G (2003) An international perspective on consultation-liaison psychiatry and the general hospital. World Psychiatry 2(2): 94.
- SOBEL AB, ROBERTS MC; RAPOFF MA, BARNARD MU (2001) Problems and interventions of a pediatric psychology clinic in a medical setting: A retrospective analysis. Cognitive and Behavioral Practice 8 (1) 11-17
- TELLO C, GOMA A, BOSCH J, GALINDEZ JJ, VALLMANYA T, VIDAL J (2004) Programa de interconsulta psicològica entre el Centre de Salut Mental Infantil I Juvenil de Lleida i el Servei de Pediatria de l'Hospital universitari Arnau de Vilanova (1996-2002). Pediatría Catalana. 64, 119-124

TRENCHS SAINZ DE LA MAZA V, HERNANDEZ BOU S, CARBALLO RUANO E, GARCIA GARCIA JJ, MACIA RIERADEVALL E, ALDA DIEZ JA, LUACES CUBELLS (2003) Trastornos somatomorfos: una entidad emergente en pediatría. Anales de Pediatría 58(1): 34-8.

WILLIAMS C, WRIGHT B (2003) Pediatric liaison. In Richardson G, Partridge I (eds) Child and Adolescent Mental Health Services, An Operational Handbook. London, Royal College of Psychiatrists.

WILSON MS. Y MEYER E. (1962) Diagnostic consistency in a psychiatric liaison service American Journal Psychiatry, 119: 207-209.

WOODGATE M, GARRALDA ME (2006) Pediatric Liaison Work by Child and Adolescent Mental Health Services. Chile and Adolescent Mental Health 11(1) 19-24

WOOLF SH./1990) Practice guidelines: a new reality in medicine. I. Recent developments. Archives Intern Medicine 150:1811-1818.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY

<http://www.med.monash.edu.au/psychmed/ioclp>

Anexos: Tablas y Gráficos

Tipo visita	Total 1996 - 2012		
	Chicos	Chicas	Total
Primeras	450	533	983
Consecutivas	1.311	1.495	2.806
Total 1996 - 2012	1.761	2.028	3.789

Tabla I: total vistas 1996-2012

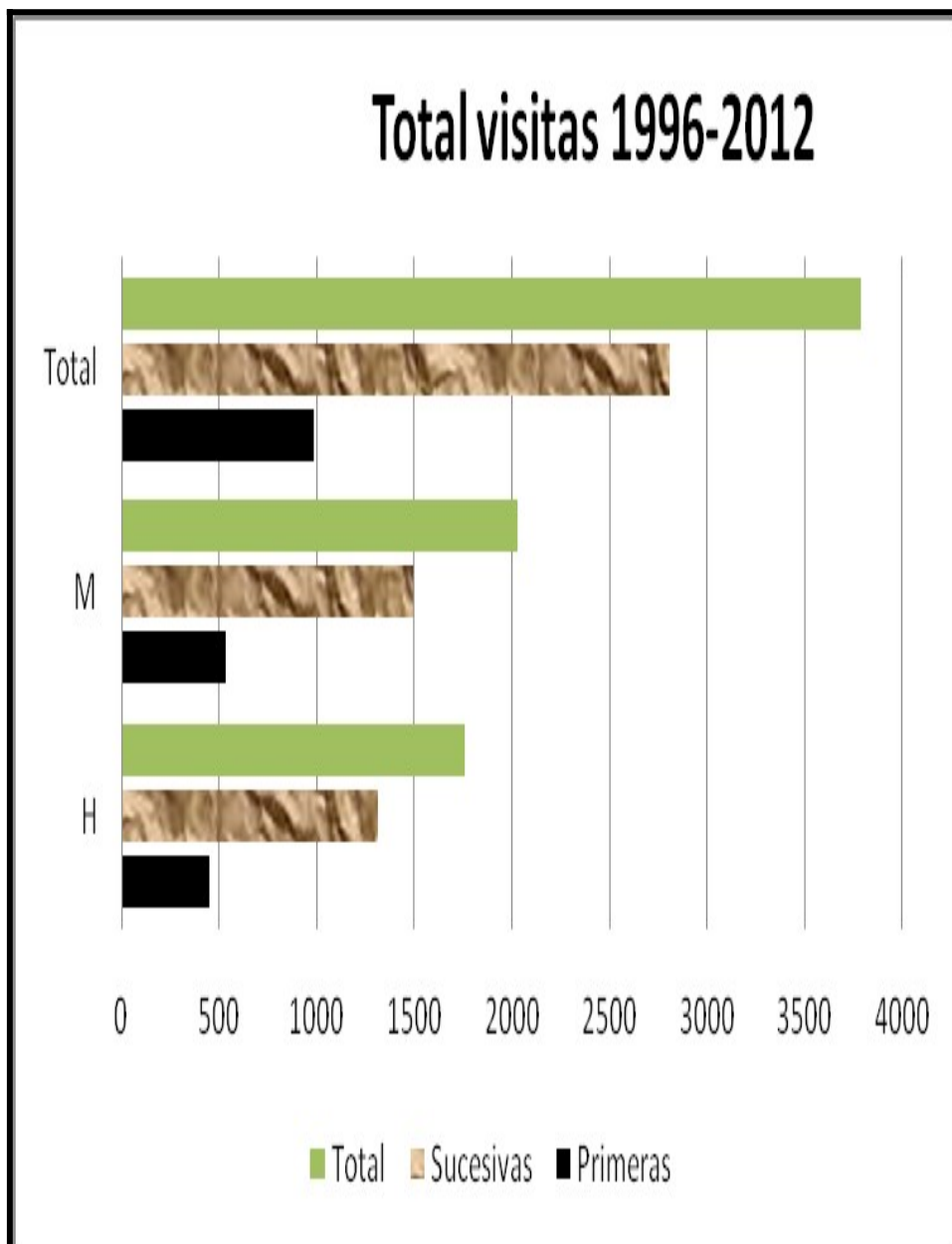


Grafico I: total visitas 1996-2012

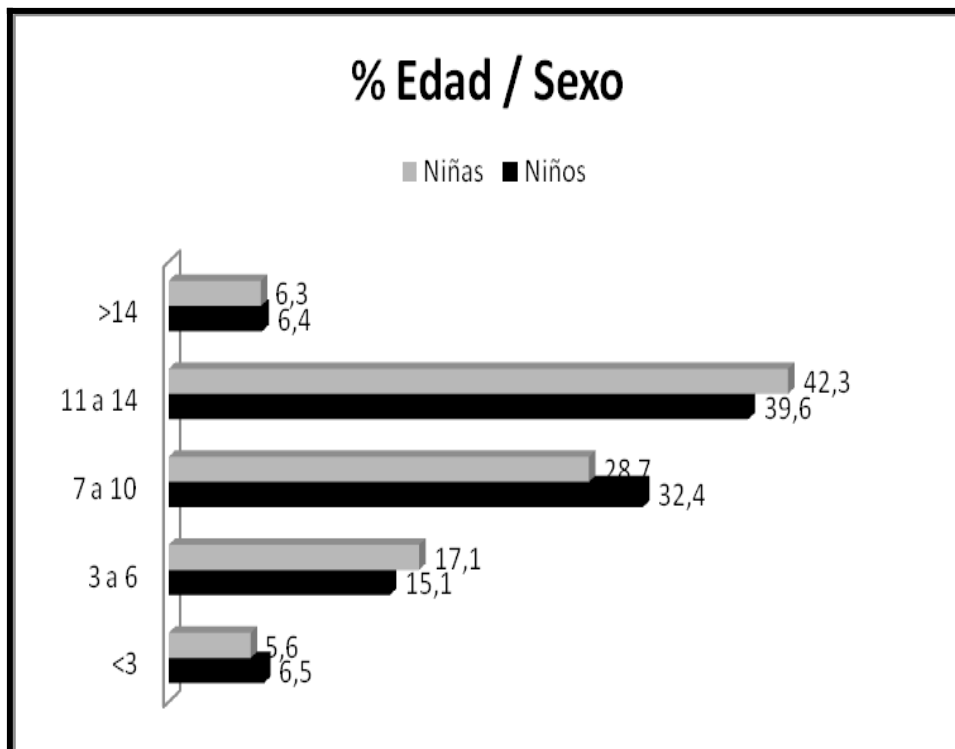
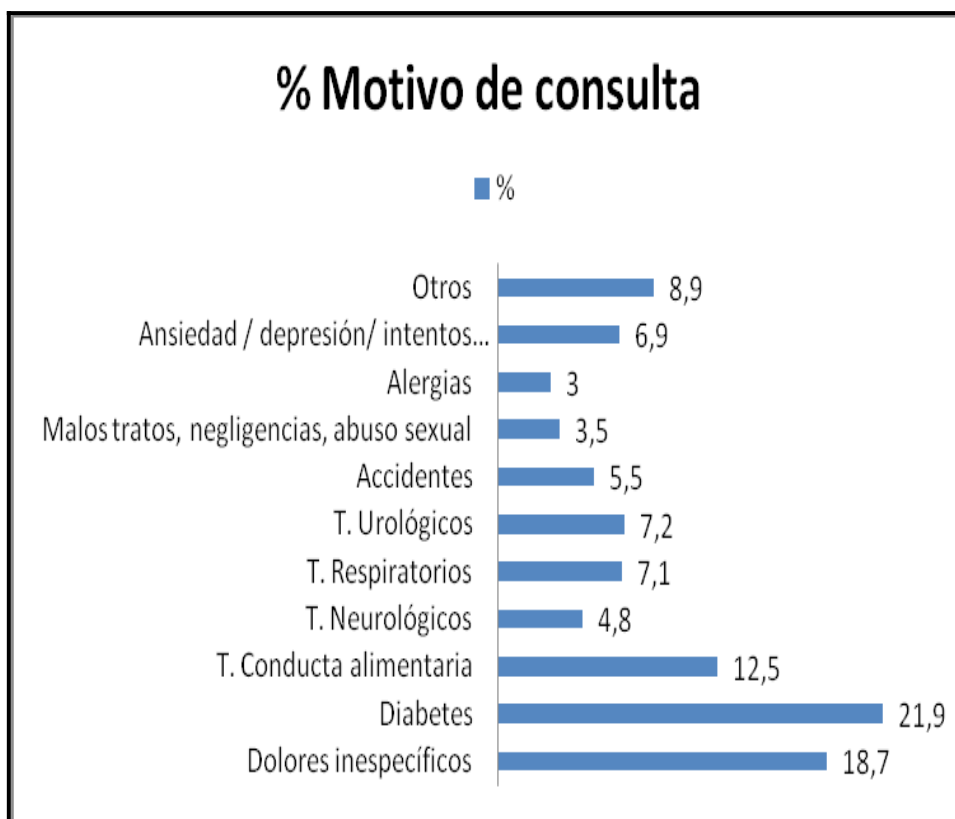


Grafico II: Edad y sexo



PSICOLOGIA DE ENLACE EN UN SERVICIO PEDIATRICO HOSPITALARIO (1996-2012)

Tello, C, **Vidal-Bota J, **Bosch J, **Vallmanya T, & *Sole,E*

Grafico III: Motivos de consulta

* 300/ 300.2
**308 - 309 -
309.0 - 309.1 - 309.2 -
309.3 - 309.4
***306 - 306.0 -
306.6 - 307.5 - 307.1 -
307.6
****301 - 301.2
- 301.4 - 301.5
*****307 - 310
- 312 - 313- 314- 315 -
317 - 318

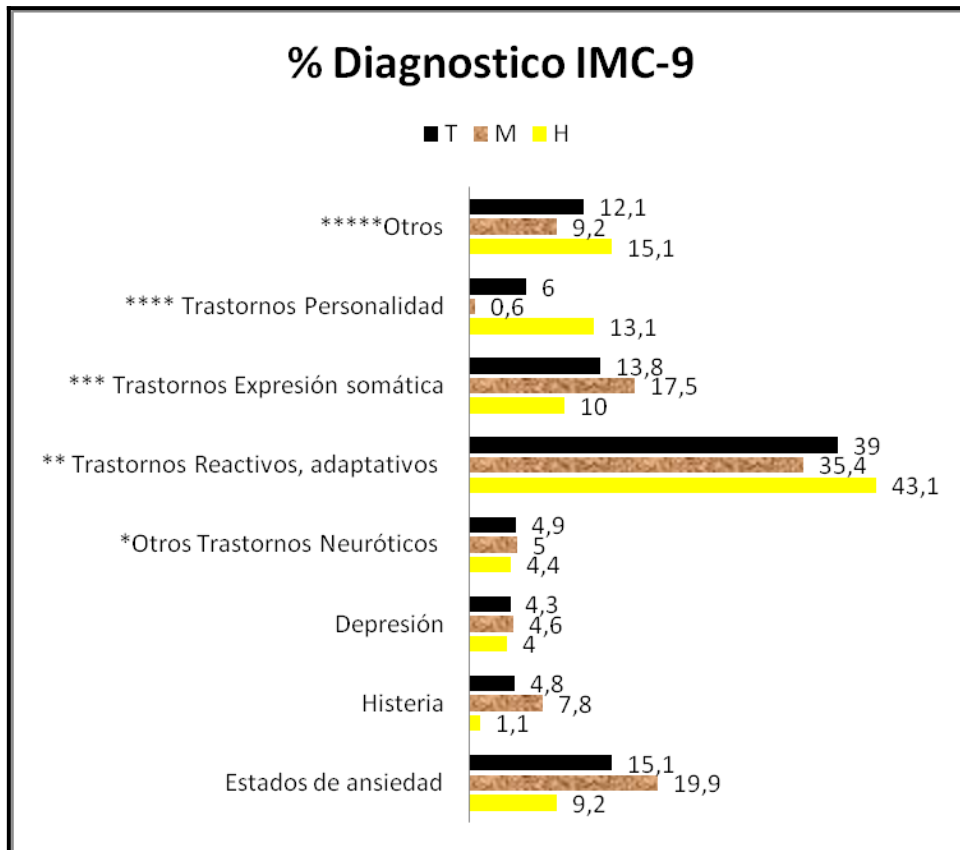
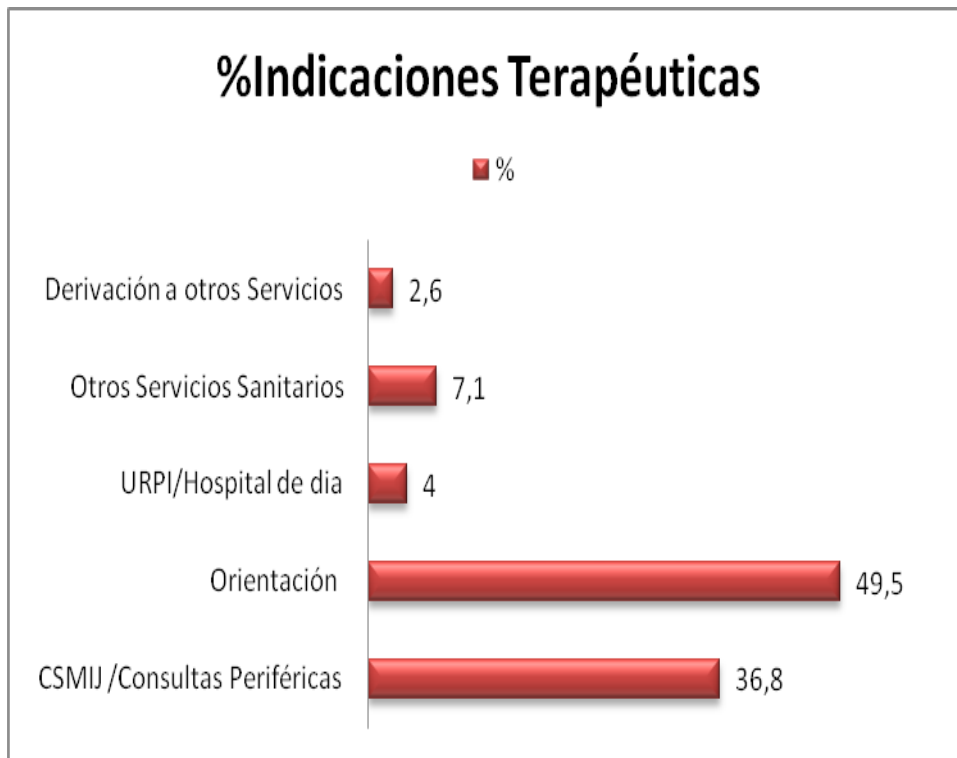


Grafico IV: Diagnósticos



Grafico

V:

Indicaciones terapéuticas