

# PSIQUIATRÍA DE ENLACE EN PEDIATRÍA (LIAISON PSYCHIATRIC IN PEDIATRIC)

*Alvaro Franco\**

*El presente artículo resume la experiencia del autor y una revisión monográfica sobre los temas más actuales de la psiquiatría de enlace en niños y adolescentes. Se parte de las definiciones conceptuales, se revisan los aspectos concernientes al desarrollo del concepto de la enfermedad y la muerte en los niños. Se revisan los tipos de interconsulta, haciendo breves referencias a los motivos de consulta más frecuentes.*

*Palabras Clave: Psiquiatría de enlace, Modelo biopsicosocial, Pediatría.*

*This paper summarizes both, author's experience and a monographic review of current aspects in children and adolescent liaison psychiatry. From conceptual definitions, aspects regarding children's developmental ideas about illness and death are studied. Types of consultations are outlined, with brief references to the more frequent chief complaints.*

*Key words: Liaison psychiatry, psychosocial model, pediatrics.*

*In Memoriam: Hospital Infantil Lorensita Villegas de Santos.*

## INTRODUCCIÓN

Las relaciones entre pediatras y psiquiatras en Colombia fueron tardías, partiendo de los pediatras la inquietud por los factores emocionales en sus pacientes y sólo en las dos últimas décadas en nuestro medio intervienen factores que han modificado este esquema:

- Llegada de especialistas con entrenamiento en psiquiatría infantil.
- Modelo Biopsicosocial: Propuesto por el psiquiatra e internista Norteamericano George Engel en la década de los 70. Difundido y adaptado en nuestro medio entre otros por los Doctores Humberto Rosselli y Roberto García, dicho modelo muestra la coexistencia en los seres humanos de estas esferas en los procesos de salud y enfermedad.
- Apertura de servicios de psiquiatría infantil en los dos principales hospitales pediátricos universitarios de Bogotá, La Misericordia, por el Dr. Rafael Vásquez y el Hospital Infantil Lorencita Villegas por el Dr. Eduardo Jones. Además de la apertura de servicios de Psiquiatría de Enlace en hospitales universitarios como el Militar por el Dr. Roberto Chaskel y el San José por el Dr. Germán Puerta, creando en los futuros pediatras conciencia de factores emocionales en los pacientes pediátricos.

---

Psiquiatra infantil y de adolescentes, Profesor asociado Área psicosocial, Universidad el Bosque  
Miembro activo Asociación Colombiana de Psiquiatría.

**Franco A.**

- La modificación en el marco jurídico del ejercicio profesional por la Ley 23 del 80 y la Ley 100 de 1.992, generó un cambio de esquema en la práctica médica. Creó figuras como la impericia para atender casos especializados o difíciles. Los pacientes privados pertenecen a las EPS o a los planes de medicina propagada. La cobertura familiar aumentó la cantidad de consultas de manera considerable, pero no su calidad.

- Resultados de investigaciones, en los últimos veinte años, que muestran una clara asociación entre factores emocionales y trastornos de tipo físico.

- Mejor respuesta de los pacientes, medida por parámetros que reflejan mejor calidad de atención, disminución de días de estancia y de costos hospitalarios.

La interacción de los anteriores elementos ha facilitado, a su vez, la conformación de equipos terapéuticos al interior de los hospitales, permitiendo el trabajo interdisciplinario con otras áreas médicas y no médicas.

### **1. PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL HOSPITAL**

La psiquiatría de enlace es el área de la psiquiatría relacionada con el cuidado psicobiológico del paciente hospitalizado. Esta población de pacientes incluye personas de toda edad y con necesidades diversas, por ejemplo, en servicios de Pediatría, Neonatología, Ginecología y Obstetricia, Trasplantes, Cardiología, Oncología, etc. Participa además en la investigación de factores emocionales en la génesis de diferentes enfermedades médicas, en las actividades docentes del hospital y en la atención del personal hospitalario en sus propias necesidades de tipo psicológico.

Una interconsulta es un acto médico basado en el criterio del pediatra, en el cual solicita a un colega (Psiquiatra) su opinión acerca del estado psicológico de un niño, adolescente o de su familia.

En ocasiones es otro profesional como la enfermera o la trabajadora social, o incluso la familia, quienes solicitan la consulta. En estos casos el psiquiatra debe comunicarse con el pediatra tratante para obtener una mayor información y una autorización antes de valorar al paciente o a su familia.

De acuerdo a los términos antes mencionados, el papel del psiquiatra en el hospital pediátrico debe contemplar además:

- \* Realizar observaciones precisas y utilizar esta información en la formulación de recomendaciones e implementación de las intervenciones terapéuticas de características psicossociales, en el campo médico y quirúrgico.

- \* Fortalecer la comprensión en sus colegas pediatras acerca de las interrelaciones entre los factores biomédicos y psicosociales.

- \* Investigación clínica en este campo.

- \* Tratar complicaciones psiquiátricas derivadas del uso de medicamentos o procedimientos médico-quirúrgicos.

- \* Introducir los procedimientos organizacionales o administrativos necesarios para trabajar en las realidades financieras y políticas de los hospitales pediátricos.

- \* Comprender y participar de las funciones de un equipo interdisciplinario de trabajo por el cuidado y tratamiento de un paciente médico o quirúrgico.

- \* Educar a los médicos no psiquiatras, estudiantes de medicina, enfermeras, terapeutas físicas, ocupacio-

nales y del lenguaje, y a trabajadoras sociales acerca de las complicaciones psiquiátricas de pacientes médicos y quirúrgicos.

\* Participar en funciones administrativas (comités de ética, auditoría, calidad, etc.)

\* Servir de puente de comunicación entre médicos - familiares - pacientes.

## 2. DESARROLLO COGNOSCITIVO DE LOS CONCEPTOS DE ENFERMEDAD Y MUERTE EN LOS NIÑOS

Es un principio fundamental para quienes trabajan con niños enfermos entender la propia concepción de estos, acerca de los procesos de enfermedad y muerte. El personal de salud además debe utilizar terminología apropiada y comprensible para el niño o la familia. En el cuadro 1 se resumen las fases del desarrollo de estos conceptos.

El desarrollo de estos conceptos viene paralelo al del desarrollo cognoscitivo. En el niño más pequeño o lactante, su opinión estará determinada

por sus propias vivencias. Le resulta más difícil aceptar la separación de su madre, durante una hospitalización, que tolerar el mismo proceso o las molestias físicas propiciadas por su enfermedad. Ahí radica la importancia de que todo niño sea siempre acompañado por su madre en la hospitalización. Respecto a la muerte, el niño solo tiene conciencia si es su madre o la persona que lo cuida quien muere, presentándose la clásica depresión anaclítica, descrita por Rene Splat, en la que 37% de estos niños mueren durante el primer año y 13% más, durante el segundo año.

El niño preescolar inicial considera que la enfermedad llega como respuesta a algún mal comportamiento tenido, haciendo extensión y generalización de las pautas educativas paternas, que son a la vez la base del desarrollo ético y moral. Hacia los 4 o 5 años, su capacidad de pensamiento intuitivo le permite formular la llamada «Teoría de los gérmenes»: quien se enferma de cualquier entidad es por contagio de alguna otra persona. En esta edad, la muerte se considera un proceso reversible, algo así como quedarse dormido; es por esto el

Cuadro 1

Edad	Desarrollo Cognoscitivo <i>Jean Piaget</i>	Concepto de Enfermedad <i>David Schonfeld</i>	Concepto de Muerte <i>María Nagy</i>
Lactantes 1 a 24 meses	Sensoriomotor	Experiencia personal	Ninguno (Excepto muerte madre)
Preescolares 2 a 5/6 años	Preoperacional	Culpa - Castigo Contagio como causa	Reversibilidad
Escolares 5-6 a 12-14 años	Operacional Concreto	Diferencia etiología	Antropomórfico
Adolescentes 12-14 a 18-20 años	Operacional formal	Multicausalidad	Posibilidad de autoinducción

**Franco A.**

gran peligro de las amenazas suicidas entre los 4 y 6 años, especialmente de aquellos quienes viven en pisos altos.

Con la entrada de los escolares al pensamiento concreto y sus posibilidades de reversibilidad y categorización, hay un mayor entendimiento de la relación causa - efecto, y se discriminan las posibles etiologías, así como las consecuencias de los procesos patológicos en las personas. Respecto a la muerte hay diferencias en las exposiciones clásicas de María Nagy, quien consideraba en esta etapa un concepto antropomórfico; seguramente por la desensibilización constante, nuestros niños ya no consideran a la muerte como un esqueleto envuelto en una sabana blanca con una guadaña que se va llevando a los más viejos. Su concepto antropomórfico está más relacionado con el sicario, paramilitar o guerrillero que observa en su cotidianidad.

En el adolescente la comprensión de estos procesos es completa. Aun cuando ya se le pueda hablar como a un adulto, es importante tener en cuenta sus conflictos emocionales y la importancia que le dan a su cuerpo las relaciones familiares. Respetando las decisiones y deseos de los padres, se les debe informar que se obtendrá una mayor colaboración, incluso en procedimientos dolorosos para el paciente, si este conoce su enfermedad.

### **3. CATEGORÍAS DE INTERCONSULTAS EN PSIQUIATRÍA INFANTIL**

La complejidad de la atención en los hospitales pediátricos requiere manejo conjunto de quien recibe el paciente (Pediatra) y del especialista que contesta la interconsulta (Psiquiatra). Implica responsabilidad médica, y por ende legal, y requiere conocimientos

básicos de las dos especialidades para poder ofrecer un tratamiento adecuado. Michael Lewis propone seis categorías de interconsultas, que me permito adaptar, ampliar y comentar:

#### **3.1 URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS:**

Requieren intervención inmediata, pueden correr peligro de muerte el paciente o las personas que se encuentran alrededor, estas son:

\* Suicidio: Conductas, intentos o riesgo.

Maltrato: Abuso sexual, físico, negligencia, Síndrome de Munchausen por poderes.

Agitación Psicomotora: Conductas violentas, psicosis, estados confusionales,

\* Intoxicaciones por psicotrópicos: Sobredosis y síndrome de abstinencia.

\* Niños víctimas de desastres: Estrés postraumático agudo.

Las urgencias psiquiátricas infantiles implican crisis del sistema familiar, en el cual ya se han agotado o abandonado todos los sistemas adaptativos. El psiquiatra debe fijar una posición de neutralidad, pues a veces en estas situaciones de urgencia la familia pretende descubrir «un culpable» y confunde el papel del médico con el de un juez. Deben también darse elementos de confianza que permitan orientar y hacer entender al paciente y a sus familiares que su situación actual puede ser resuelta.

Una vez termine la evaluación se comentará con el paciente y la familia el abordaje terapéutico inicial, la decisión de hospitalización, remisión a institución psiquiátrica, traslado al hogar o las medidas médico legales que se requieren en los casos de abuso sexual y maltrato.

### **3.2 DIAGNÓSTICOS**

#### **DIFERENCIALES:**

Exigen una formación médica completa y actualizada; las más frecuentemente observadas en nuestro medio son:

\* **Pediatría:** Dolor de origen orgánico Vs. somatomorfo, espasmos del sollozo.

Esta situación se puede ejemplificar con el «Dolor abdominal recurrente», ya definido por Apley en 1.958 como: «Al menos tres episodios de dolor incapacitante durante no menos de tres meses». Aparecen generalmente en niños con problemas escolares o familiares, es frecuente haber tenido pérdidas reales o imaginarias como antecedente previo e incluso fobia escolar. Suelen presentar síntomas asociados como cefaleas, dolores articulares y febrícula, cursando como problemas episódicos o siendo persistentes caso en el cual corresponderá a un trastorno somatomorfo tipificado en el DSM-IV.

El psiquiatra debe explorar los conflictos y el estrés psicológico que le puedan producir al niño los ambientes familiar y escolar. A nivel de los padres, es importante disminuir la dependencia hacia el foco orgánico mejorando la comprensión de la problemática en su globalidad. Si el origen es escolar, se deberá profundizar en la evaluación emocional, académica y neuropsicológica para detectar trastornos del aprendizaje e iniciar su rehabilitación.

\* **Neuropediatría:** Crisis convulsiva Vs. conversiva, psicosis, PANDAS, parestias, etc.

Las conocidas «Pseudoconvulsiones» son en realidad convulsiones observables por empíricos y clínicos, pero con características diferentes a aquellas de origen epiléptico. La etiología puede ser emocional, metabólica en

caso de hipoglicemia, ataques apnéicos como el espasmo del sollozo tipo pálido por alteraciones vasovasculares, migrañas, alteraciones del sueño como narcolepsia y catalepsia, y trastornos del ritmo cardíaco.

Para el psiquiatra es muy importante considerar que, en caso de epilepsia, en un 20% de los pacientes pueden coexistir las dos patologías. Los medios paraclínicos en especial e SPECT- Cerebral, EEG postictal o estudios telemétricos y de mapeo cerebral, análisis neurohormonales postcrisis, en especial niveles de prolactina pueden ayudar al diagnóstico. Empero, sigue siendo de primer orden una anamnesis metódica y la observación clínica del episodio. Anteriormente se hablaba de «cómo e paciente en pseudocrisis escogía la manera de caerse para no hacerse daño, no se mordía la lengua, ni presentaba cianosis»; en nuestra experiencia hay elementos que también pueden presentar los pacientes de crisis no epilépticas: desviación de la mirada, Babinski positivo, midriasis^ estado confusional postictal.

\* **Endocrinología:** Ansiedad, manía y depresión versus alteraciones endocrinas y metabólicas.

En este tipo de patologías el laboratorio clínico sigue siendo determinante para llegar a diagnósticos conclusivos.

### **3.3 ENFERMEDADES PEDIÁTRICAS CON COMPONENTES PSICOLÓGICOS MAYORES:**

En este grupo se incluyen las anteriormente denominadas enfermedades psicósomáticas. Son de carácter crónico y recidivante y generan ansiedad en los niños y modificaciones en el funcionamiento familiar, con temores permanentes a una recaída, entre otras están:

**Franco A.**

- \* Asma
- \* Diabetes
- \* Colitis
- \* Dermatitis

Como en toda enfermedad, incluyen factores biológicos, psicológicos y socioculturales. En este tipo de enfermedades puede ocurrir que los elementos de tipo emocional precipiten recaídas o empeoramiento del trastorno. En general, se trata de enfermedades de características crónicas a las que los niños responden de manera diferente según la enfermedad que padezcan. Se encuentra una alta prevalencia de problemas de autoestima, con características similares a las presentadas por niños sometidos a altos niveles de estrés.

Habitualmente se observa que los niños se adaptan más rápidamente que los adolescentes a las enfermedades crónicas. Como en todo proceso de duelo, tanto el niño como sus padres pasan por las diferentes etapas, siendo muy comunes los problemas en el ámbito de la pareja, en especial si hay una base genética.

El psiquiatra debe permitir una aproximación a la interacción entre los factores familiares, el ambiente social y la relación con las enfermedades, de tal modo que favorezca un soporte terapéutico, en especial cuando hay otros riesgos psicosociales como maltrato infantil, disfunción o violencia intrafamiliar y divorcio de los padres.

### **3.4 ENFERMEDADES PEDIÁTRICAS SERIAS O DE DIFÍCIL PRONOSTICO:**

El papel del psiquiatra es determinante dentro del equipo interdisciplinario que atiende al niño o adolescente, con estas enfermedades o lesiones:

- \* Neoplasias
- \* Enfermedades terminales
- \* SIDA
- \* Enfermedades autoinmunes
- \* Quemaduras extensas o en cara

La familia y el niño siempre se preguntan: «por que yo?» El psiquiatra debe abrir el camino hacia las preguntas: ¿Qué tratamientos se pueden hacer? ¿Cómo se puede adaptar el niño y la familia a la enfermedad? El diagnóstico debe hacerse lo más rápido y concreto posible. Sólo hasta cuando se tenga certeza, se debe informar sobre este y las posibilidades de tratamiento para el niño, posibles secuelas en caso de remisión o curación de la enfermedad base, la calidad de vida y autonomía con la que pueda continuar el niño.

El proceso de diagnóstico es particularmente estresante. En este período, se observa cómo se sobreponen las diferentes etapas del duelo: negación, simultáneamente culpa, ira, negociación y hasta aceptación e incluso duelos anticipatorios; sin embargo, prima la ansiedad tanto para el niño como para su familia.

Durante el tratamiento, lo indicado es el conocimiento pleno de este y sus posibles efectos adversos. Desde el punto de vista psiquiátrico, los síntomas más comúnmente encontrados se asocian con depresión; es importante tener en cuenta los diferentes estilos de enfrentamiento a la enfermedad apoyando el psiquiatra aquellos que confronten la realidad. En la supervivencia a largo plazo se encuentran más frecuentemente trastornos adaptativos, en especial cuando hay disfunción familiar o deterioro físico secundario a la enfermedad.

En las quemaduras hay marcada vulnerabilidad a desarrollar síntomas

psiquiátricos. Dependiendo de la localización y extensión, existirán sucesivamente alteraciones en la imagen corporal con presencia de síntomas regresivos y vergüenza ante las cicatrices o desfiguración, magnificados estos problemas en los adolescentes. Un momento determinante del proceso psicológico de enfrentar sus lesiones se da al retirarse la máscara de lycra y mirarse en el espejo. El tratamiento psicoterapéutico debe confrontar este momento anticipadamente con el paciente, habiéndole hecho notar, en áreas afectadas de su cuerpo, cómo será la nueva coloración e imagen de su piel o también recordándole que el tratamiento continuará mejorando su imagen de manera progresiva.

### **3.5 PSIQUIATRÍA DE ENLACE EN NEONATOLOGÍA:**

En nuestro medio, el psiquiatra infantil tiene que desempeñarse con suficiente dominio para cubrir las necesidades del hospital pediátrico, mater-noinfantil o general. Uno de los motivos de interconsulta más frecuentes está relacionado con el manejo de las crisis secundarias al nacimiento en condiciones no usuales, como las siguientes:

- \* Malformaciones congénitas
- \* Prematuros
- \* Mortinatos y muerte súbita en la cuna
- \* Alteraciones del vínculo Madre -Hijo

Las anteriores condiciones no solo generan una crisis familiar sino que también interfieren en el vínculo normal entre la madre y el hijo. La situación de la pareja al momento del nacimiento determina el apoyo y compromiso del padre ante el bebé y

el matrimonio. La ansiedad generada por estas patologías lleva a muchos padres a distanciarse de los hijos como señal de un duelo anticipatorio; es labor del psiquiatra, además de la intervención en la crisis familiar, facilitar la relación y libre acceso de la madre al bebé.

En las malformaciones más comunes como el Síndrome de Down, labio y paladar hendido y cardiopatías congénitas se presentan clásicamente la sucesión de etapas así: Shock, negación, mezcla de tristeza, rabia y ansiedad, adaptación y finalmente la reorganización. De no lograrse esta última, la familia tiende a rechazar o a sobreproteger al bebé ocasionado retardo en el manejo por temores al dolor o sufrimiento que le pueda causar determinada intervención al niño. Este problema complica el manejo de casos como el sexo ambiguo, en el cual no se debe hacer intervención tendiente a reasignación de sexo cuando el niño ya tiene su identidad sexual definida.

### **3.6 PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS ESPECIALES:**

- \* Trasplante de órganos
- \* Amputaciones y otras cirugías mutilantes
- \* Muerte en sala de cirugía
- \* Eutanasia
- \* Adolescente embarazada

En estas situaciones es de especial importancia el concepto del paciente, según su desarrollo cognoscitivo, consciente de la situación. En Colombia, la Corte Constitucional, en sentencia reciente relacionada con los casos de transfusiones a hijos de testigos de Jehová, recordó que prima el derecho a la vida sobre la voluntad de los padres.

**Franco A.**

Otros aspectos en la Psiquiatría de Enlace son: El manejo integral de la adolescente embarazada que desea interrumpir su gestación, y la problemática que parte cuando se presenta un error médico siendo los más graves y por fortuna muy poco frecuentes los casos de accidentes anestésicos. El psiquiatra debe prestar el apoyo emocional a quien lo solicite, independiente de la problemática que se hubiera presentado.

### **3.7 LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:**

Por su frecuencia y alteraciones concomitantes del comportamiento, afecto, inteligencia y demás aspectos de las funciones cerebrales, los pacientes con trastornos neurológicos son proclives a presentar alteraciones psiquiátricas, bien sea en el curso de la enfermedad o como secuela de esta. Debido a la interface mente cerebro, el trabajo con los neuropediatras esta íntimamente ligado al del psiquiatra infantil; es así como en este número monográfico aparecen capítulos que cobijan las dos especialidades.

### **4. AVANCES EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE PEDIÁTRICA**

Uno de los campos de mayor influencia en la literatura especializada en psiquiatría de enlace pediátrico hace relación a los aspectos bioéticos, en la medida que los desarrollos tecnológicos de la medicina permiten una mayor supervivencia de los pacientes. Se enfrenta el cuerpo médico a

diferentes dilemas, pero se encuentra consenso en los siguientes aspectos:

- \* Autonomía del paciente
- \* Beneficios para el paciente
- \* Minimizar las limitaciones en el acceso a los servicios de salud.

Las investigaciones psiconeuroinmu-noendocrinológicas han dado respuestas sobre la adaptación a diferentes enfermedades. Se postulan como etiológicas en alteraciones como el síndrome de fatiga crónico, alentando el desarrollo de líneas de investigación en psiquiatría de enlace pediátrico, en los campos de psico-farmacología, desarrollo biopsicosocial y psicopatología familiar.

La adaptación a la enfermedad ha sido otro de los aspectos en los que se han realizado mayores aportes. Se han identificado factores de riesgo como: depresión, severidad de la lesión, pérdida de, o limitaciones en, la autonomía del niño, temperamento del niño y estilo cognoscitivo de la madre, baja escolaridad y disfunción familiar, que limitan la adaptación del niño a la enfermedad.

La participación de las ayudas diagnósticas, en especial la imagenología cerebral como en el TAC, RMN, PET, BEAM y SPECT Cerebral, ha permitido una mayor comprensión de los procesos psicopatológicos, permitiendo además la comunicación en un lenguaje común entre psiquiatras y médicos de otras especialidades.

### **REFERENCIAS**

- AchenbachTM, EdelbrockC(1986), ManualfortheChildBehaviorChecklist and RevisedChild Behavior Profile. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry
- Adnopol JA, Forsyth BWC, Nagler S (1994), Psychiatric aspects of HIV infection and AIDS on the family. Child Adolesc PsychiatrClin North Am 3:543-556
- American Academy of Pediatría (1993), Psychosocial nsks of chronic health conditionsin childhood and adolescence. Pediatrics 92:876-877

- 4 Breslau N (1985), Psychiatric disorder in children with physical disabilities. *J Am Acad Child Psychiatry* 24:87-94
- 5 Burket RC, Hodgins JD (1993), Pediatricians' perceptions of child psychiatry consultations. *Psychosomatics* 34:402-408
- 6 Campo J, Fritsch SL (1994), Somatization in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:1223-1235
- 7 Canning EH (1994), Mental disorders in chronically ill children: case identification and parent-child discrepancy. *Psychosom Med* 56:104-108
- 8 Canning EH, Canning RD, Boyce WT (1992a), Depressive symptoms and adaptive style in children with cancer. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:1120-1124
- 9 Canning EH, Hanser SB, Shade KA, Boyce WT (1992b), Mental disorders in chronically ill children: parent-child discrepancy and physician identification. *Pediatrics* 90:692-696
- 10 Fisman S, Wolf L, Ellison D, Gillis B, Freeman T, Szatmari P (1996), Risk and protective factors affecting the head adjustment of siblings of children with chronic disabilities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1532-1541
- 11 Fleming JE, Offord DR (1990), Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:571-580
- 12 Fritz GK, McQuaid EL, Spirito A, Klein RB (1996), Symptom perception in pediatric asthma: relationship to functional morbidity and psychological factors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1033-1041
- 13 Fritz GK, McQuaid EL, Spirito A, Klein RB (1996), Symptom perception in pediatric asthma: relationship to functional morbidity and psychological factors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1033-1041
- 14 Garber J, Zeman J, Walker LS (1990), Recurrent abdominal pain in children: psychiatric diagnoses and parent psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:648-656
- 15 Krener PK, Wasserman AL (1994), Diagnostic dilemmas in pediatric consultation. *Child Adolesc Psychiatry Clin North Am* 4:485-513
- 16 Kaplan SL, Busner J, Weinhold C, Lenon P (1987), Depressive symptoms in children and adolescents with cancer: a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26:782-787
- 17 Krener Knapp P, Harris E (1998): Consultation-Liaison in Child Psychiatry: A Review of the Past 10 Years. Part I: Clinical Findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:17-25
- 18 Krener Knapp P, Harris E: Consultation-Liaison in Child Psychiatry (1998): A Review of the Past 10 Years. Part II: Research on Treatment Approaches and Outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:2139-146
- 19 Lewis M.: *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, ed, Baltimore: Williams & Wilkins. pp 1006-1015
- 20 Lewandowski LA, Baranoski MV (1995), Psychological aspects of acute trauma: intervening with children and families in the inpatient setting. *Child Adolesc Psychiatry Clin North Am* 4:513-529
- 21 McFarland BH, George RA (1995), Ethics and managed care. *Child Adolesc Psychiatry Clin North Am* 4:885-902
- 22 Rincón H. (1999) «Trastornos de la interfaz mente-otros sistemas corporales», En: Recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos. Ed. Noosfera, Santa fe de Bogotá, pp 145-161
- 23 Schreier HA, Libow JA (1994), Munchausen by proxy syndrome: a clinical fable for our times. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:904-905
- 24 Sharp JN, Brown RT, Thompson NJ, Eckman J (1994), Predictors of coping with pain in mothers and their children with sickle cell anemia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:1246-1255
- 25 Wamboldt MZ, Weintraub P, Krafchick D, Wamboldt FS (1996), Psychiatric family history in adolescents with severe asthma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1042-1050
- 26 Wasserman AL, Whittington PF, Rivera FP (1988), Psychogenic basis for abdominal pain in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27:179-184