

Demanda de hospitalización por causas psicosociales en un hospital pediátrico

Demand for hospitalization due to psychosocial causes in a pediatric hospital

Dra. Mónica E. Bella^a y Méd. Vanesa Borgiattino^b

RESUMEN

Los servicios de atención en salud refieren cambios epidemiológicos y aumento de consultas por causas mentales y violencia, y no cuentan con la capacidad suficiente para dar respuesta a esta demanda.

Objetivo. Evaluar la demanda de hospitalización por causas psicosociales en un hospital pediátrico, en tres períodos.

Material y método. Estudio descriptivo, retrospectivo. Los casos fueron niños/adolescentes hospitalizados por causas psicosociales en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba. Los datos fueron procesados utilizando el análisis de frecuencia y el test de chi cuadrado.

Resultados. Se analizaron 221 registros. Las hospitalizaciones por causas psicosociales fueron el 0,73% en el año 2000, el 1,44% en 2005 y el 1,26% en 2010 sobre el total de hospitalizaciones. La tasa de hospitalización por causa psicosocial aumentó de 0,06 en el año 2000 a 0,10 en 2005 y 2010. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron sospecha de maltrato infantil en el 44,2% ($p < 0,0001$), comportamientos suicidas en el 18,7%, sospecha de abuso sexual en el 10,05% y abuso de sustancias en el 6,8%. El episodio de excitación psicomotriz y el episodio psicótico mostraron una prevalencia del 2,4% en el año 2000, mientras que, en el año 2010, fue de 9,5% para el episodio de excitación psicomotriz y de 5,7% para el episodio psicótico. Los comportamientos suicidas y la sospecha de abuso sexual fueron más frecuentes en mujeres y el episodio de excitación psicomotriz y abuso de sustancias fueron más frecuentes en varones.

Conclusiones. Las hospitalizaciones por causas psicosociales y, particularmente, las mentales muestran un incremento de tasas y un comportamiento diferenciado por edad y género. Las hospitalizaciones relacionadas con la violencia fueron las más frecuentes.

Palabras clave: servicios de emergencia psiquiátrica, hospitalización, intento de suicidio, violencia, salud mental.

ABSTRACT

Health care services show epidemiological changes and an increase in the number of consultations due to mental causes and violence without having the necessary capacity to respond to this increasing demand.

Objective. To analyze and compare the demand for hospitalization due to psychosocial causes in a pediatric hospital during three different periods. **Materials and methods.** Descriptive, retrospective

study. The cases were children/adolescents hospitalized for psychosocial causes at Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba. The data were processed using frequency analysis and chi-square test.

Results. 221 records were analyzed. The hospitalization rate was 0.73% in the year 2000, 1.44% in 2005 and 1.26% in 2010. The hospitalization rate for psychosocial causes increased from 0.06 in 2000 to 0.10 in the years 2005 and 2010. The most common reasons for admission were: suspected child abuse in 44.2% ($p < 0.0001$), suicidal behavior in 18.7%, suspected sexual abuse in 10.05% and substance abuse in 6.8%. The psychomotor agitation episode and psychotic episode showed a prevalence of 2.4% in 2000, while in 2010 it was of 9.5% for the psychomotor agitation episode and of 5.7% for the psychotic episode. Suicidal behavior and suspected sexual abuse were more common in women and the psychomotor agitation episode and substance abuse were more common in men. **Conclusions.** Hospitalizations for psychosocial causes and, particularly, mental causes in children/adolescents have increased and show a different behavior according to age and gender. Health problems related to violence were the most frequent ones.

Key words: psychiatric emergency services, hospitalization, suicide attempt, violence, mental health.

INTRODUCCIÓN

Los departamentos de emergencias de los hospitales pediátricos, junto con los centros de atención primaria de la salud, son el primer lugar de atención para los problemas de salud de la infancia. La bibliografía reconoce que, en las últimas décadas, estos servicios observan cambios epidemiológicos y detectan un aumento de consultas por problemas de salud relacionados con las enfermedades mentales y con la violencia.¹⁻⁵

También los estudios refieren un aumento en las consultas por causas mentales en los centros de atención

- a. Sala de Internación
Psiquiatría Pediátrica
del Hospital de
Niños de la Santísima
Trinidad de Córdoba.
Facultad de Medicina
de la Universidad
Nacional de Córdoba
y Universidad
Católica de Córdoba.
- b. Carrera de
Especialización
en Psiquiatría
Infantojuvenil.
Universidad Católica
de Córdoba.

Correspondencia:

Dra. Mónica E. Bella:
bellamonica@hotmail.com

Financiamiento:

Ninguno.

Conflicto de intereses:

Ninguno que declarar.

Recibido: 28-7-2015

Aceptado: 30-11-2015

primaria de la salud. En algunos países, estas consultas representan del 25% al 50% de las consultas de atención primaria y el 5% de las visitas a servicios de urgencias pediátricas, pero estos centros no se encuentran preparados para dar respuesta a estos problemas de salud.²⁻⁶ En el país, solo la Ciudad de Buenos Aires cuenta con un hospital neuropsiquiátrico para la infancia y, en las provincias, Córdoba entre ellas, las urgencias por causas mentales son asistidas, en su mayor parte, en los hospitales pediátricos.

Las urgencias por causas mentales o urgencias psiquiátricas se caracterizan por ser cuadros clínicos en los que se presenta una ruptura o disrupción del funcionamiento mental y comportamental del niño-adolescente en un grado de tal intensidad que impide la adaptación consigo mismo, la familia o la sociedad y requiere de una intervención sanitaria terapéutica para evitar un daño o un riesgo personal, familiar o social mayor. Entre las principales razones que motivan una consulta de urgencia por causa mental, se identifican los problemas relacionados con la violencia, los comportamientos suicidas, las crisis de ansiedad, el abuso de sustancias y los problemas conductuales, que requieren como estrategia terapéutica, en algunas ocasiones, de una hospitalización.²⁻⁹

Los problemas de salud de la infancia relacionados con la violencia y la salud mental constituyen un asunto prioritario para la salud pública (Estrategia y plan de acción sobre salud mental, Organización Mundial de la Salud –OMS–, 2009) y la OMS sostiene que “a pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales, hay poca capacidad de respuesta de los servicios de salud”.¹⁰

La información y el análisis de los registros de las instituciones sanitarias son esenciales para la planificación de los servicios de salud.

De lo expuesto, surge como objetivo del presente estudio evaluar la demanda de hospitalización por causas psicosociales en un hospital pediátrico, en tres períodos.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio fue descriptivo, retrospectivo y analítico. El muestreo fue no probabilístico, de tipo consecutivo. Los datos se obtuvieron del registro de hospitalizaciones del Departamento de Emergencias del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad en tres períodos, los años 2000, 2005 y 2010. La provincia de Córdoba tiene un sistema de salud mixto, que está organizado por niveles de complejidad. El nivel de atención de salud de mayor complejidad para la población pediátrica en la provincia es el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

Se incluyeron como casos todos los niños/adolescentes hospitalizados por causas psicosociales; el rango de edad estaba comprendido entre un mes y quince años con once meses. Las variables registradas fueron edad (en años, niños de 1 a 11 meses fueron registrados como 1 año), género, procedencia (provincia de Córdoba, Córdoba Capital y otras provincias), motivo de internación (comportamiento suicida, episodio de agitación psicomotriz, episodio psicótico agudo, episodio de auto- y heteroagresión, crisis de ansiedad, trastorno de la conducta, síntomas histéricos, trastornos de la alimentación, sospecha de maltrato infantil –SMI–, sospecha de abuso sexual –SAS–, abuso de sustancias y motivos de consulta no especificado –en los que se agruparon las causas consignadas como urgencia psiquiátrica, crisis psiquiátrica, patología psiquiátrica–. Otra variable incluida fue el tipo de cuidado requerido (cuidados intensivos, cuidados intermedios, salas de clínica pediátrica). Se registraron los motivos de ingreso como fueron consignados en el Departamento de Emergencias.

Se cumplieron las normas éticas y se respetó la confidencialidad de los datos de las personas. El análisis se efectuó con estadística descriptiva en variables numéricas y análisis bivariado para datos categóricos, test de chi cuadrado, de Mantel-Haenszel o de Fisher. La frecuencia de hospitalización por causa psicosocial

TABLA 1. Distribución de niños-adolescentes por lugar de procedencia, género y año de hospitalización

Año	Lugar de procedencia			Género	
	Córdoba Capital % (n= 148)	Provincia de Córdoba % (n= 72)	Otra provincia % (n= 1)	Femenino % (n= 111)	Masculino % (n= 110)
2000	15,3	4,5	0,5	8,2	11,5
2005	22,9	12,8	0	20,7	13,5
2010	29,1	14,9	0	21,3	24,8
Total	67,3	32,2	0,5	50,2	49,8

y la tasa de hospitalización por causa psicosocial se expresaron en porcentajes y números absolutos. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Capacitación, Docencia e Investigación del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

RESULTADOS

De los datos obtenidos en el Departamento de Emergencias del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, se observó que se efectuaron, en el año 2000, un total de 63 325 consultas anuales con 5547 hospitalizaciones, de las cuales 41 correspondían a causas psicosociales. En el año 2005, se efectuaron 69 109 consultas anuales con 5000 hospitalizaciones, de las cuales 72 fueron por causas psicosociales, y, en el año 2010, se efectuaron 106 631 consultas con 8560 hospitalizaciones, de las cuales 108 fueron por causas psicosociales.

La frecuencia de hospitalizaciones por causas psicosociales en los períodos 2000, 2005 y 2010 mostró una tendencia en aumento: en el año 2000, se expresó una frecuencia de 0,73%; en el año 2005, de 1,44% ($p < 0,001$); y, en el año 2010, de 1,26% respecto al total de hospitalizaciones. La tasa de hospitalización por causas psicosociales fue de 0,06 en el año 2000 y de 0,10 en 2005 y 2010.

Respecto al lugar de procedencia, el 67,3% fue de Córdoba Capital; el 32,2%, de la provincia de Córdoba; y el 0,5%, de otras provincias.

En la *Tabla 1*, se presenta la distribución de la muestra por lugar de procedencia, género y año de hospitalización.

El 50,2% fueron mujeres y el 49,8%, varones, y sus edades estaban comprendidas entre 1 año como mínima y 15 años como máxima para ambos sexos. La media de edad en mujeres fue de 8,21 y en varones, de 8,26. Se observó que las

TABLA 2. Distribución de niños-adolescentes por motivo de hospitalización y año

Motivo de hospitalización	2000 % (n= 41)	2005 % (n= 72)	2010 % (n= 108)
Abuso de sustancias	7,3	5,5	7,6
Sospecha de abuso sexual	14,6	11,1	8,5
Sospecha de maltrato infantil / Sospecha de abuso sexual	2,4	2,7	0,9
Conducta suicida	14,6*	20,8*	19*
Conducta suicida / Abuso de sustancias	0	1,3	0
Episodio de agitación psicomotriz	2,4	1,3	9,5*
Episodio psicótico	2,4	6,9*	5,7*
Sospecha de maltrato infantil	51,2*	41,6*	39*
Sospecha de maltrato infantil y conducta suicida	4,8	0	0
Trastorno de la conducta	0	1,3	3,8
Síntomas histéricos	0	2,7	0
Trastorno de la alimentación	0	1,3	1,9
Motivo de consulta no especificado	0	2,7	3,8

* Valor de $p < 0,0001$

TABLA 3. Distribución por motivo de hospitalización y edad

Motivo de hospitalización	Media de edad Años	Edad mínima Años	Edad máxima Años	Desviación estándar
Abuso de sustancias	13,6	11	15	1,18
Sospecha de abuso sexual	8,2	1	14	4,95
Conducta suicida	12,5	6	15	2,22
Conducta suicida / Abuso de sustancias	14	14	14	0
Episodio de agitación psicomotriz	10,8	7	13	2,30
Episodio psicótico	12,4	7	15	2,71
Sospecha de maltrato infantil	4,2	1	15	4,03
Sospecha de maltrato infantil / Sospecha de abuso sexual	5,3	2	8	3,06
Sospecha de maltrato infantil / Conducta suicida	12,5	12	13	0,71
Trastorno de la conducta	11,2	9	14	1,92
Síntomas histéricos	13,5	13	14	0,71
Trastorno de la alimentación	10,3	8	14	3,21
Motivo de consulta no especificado	12,6	10	15	1,75

edades de mayor prevalencia de hospitalización fueron los 14 años, con el 18,2% ($p < 0,0001$); 1 año, con el 14,9% ($p < 0,0001$); los 13 años, con el 11,06%; y los 2 años, con el 10,1%.

Al estudiar las causas que motivaron la hospitalización, se detectaron como los más frecuentes el SMI en el 44,2% ($p < 0,0001$), el comportamiento suicida en el 18,7%, la SAS en el 10,5% y el abuso de sustancias en el 6,8%. El análisis por motivo de hospitalización y año mostró, en el año 2000, el SMI en el 51,2%, el comportamiento suicida en el 14,6%, la SAS en el 14,6%, el abuso de sustancias en el 7,3% y los episodios de agitación psicomotriz y los episodios psicóticos con un 2,4% cada uno. En los años 2005 y 2010, se observó la misma tendencia expresada en el año 2000 para los tres primeros motivos de internación. Los episodios psicóticos constituyeron el 2,4% de las hospitalizaciones en el año 2000, el 6,9% ($p < 0,0001$) en el año 2005 y el 5,7% en el año 2010. De igual modo, se observó que los episodios de agitación psicomotriz mostraron un incremento del 2,4% en el año 2000 al 9,5% ($p < 0,0001$) en el año 2010. Los resultados se exponen en la *Tabla 2*.

El análisis de los motivos de hospitalización por edad mostró que el SMI se presentó como la causa de hospitalización más frecuente en los niños más pequeños ($\pm 4,2$); los comportamientos suicidas ($\pm 12,5$), el abuso de sustancias ($\pm 13,6$), los episodios de excitación psicomotriz ($\pm 10,8$) y los episodios psicóticos ($\pm 12,4$) se relacionaron con los niños mayores (véase la *Tabla 3*).

Al explorar los motivos de hospitalización por género, se observó que los comportamientos

suicidas y la SAS fueron más frecuentes en mujeres, y el abuso de sustancias y los episodios de excitación psicomotriz, en varones (véanse los resultados en la *Tabla 4*).

Respecto a los cuidados que requirieron los niños-adolescentes al momento de la hospitalización, el 95,6% ($n = 211$) fueron internados en salas de clínica pediátrica de baja complejidad, el 1,4% ($n = 3$) requirieron cuidados intermedios y el 2,8% ($n = 7$), cuidados intensivos. El grupo de niños-adolescentes que requirieron cuidados intensivos fueron hospitalizados por SMI, comportamientos suicidas, abuso de sustancias y episodios de excitación psicomotriz.

DISCUSIÓN

De los datos explorados, se observó que las hospitalizaciones por causas psicosociales en el período 2000-2010 mostraron una tendencia en aumento.

Estos resultados coinciden con lo referido en la bibliografía, que sostiene que, en las últimas décadas, las consultas y, particularmente, las hospitalizaciones por causas mentales muestran un incremento y se presentan como un desafío para la atención en salud de la infancia, tanto en los servicios de salud mental como en los servicios de pediatría.¹⁰⁻¹⁷

Las causas más frecuentes que motivaron la hospitalización fueron los problemas de salud relacionados con la violencia, el SMI, la SAS y los comportamientos suicidas, también en concordancia con otros estudios.^{3-5,8-10,14} Estos problemas de salud mostraron un comportamiento diferenciado por edad y género,

TABLA 4. Distribución de niños-adolescentes por motivo de hospitalización y sexo

Motivo de hospitalización	Femenino % (n= 111)	Masculino % (n= 110)
Abuso de sustancias	2,8	11,6*
Sospecha de abuso sexual	17,3*	4,8
Conducta suicida	23*	7,7
Conducta suicida / Abuso de sustancias	0	0,9
Episodio de agitación psicomotriz	0,9	8,7*
Episodio psicótico	4,8	6,8
Sospecha de maltrato infantil y sospecha de abuso sexual	3,7	0
Sospecha de maltrato infantil	39,4*	49,5*
Sospecha de maltrato infantil y conducta suicida	0,9	0,9
Trastorno de la conducta	1,9	2,9
Síntomas histéricos	1,9	0
Trastorno de la alimentación	1,9	0,9
Motivo de consulta no especificado	0,9	4,8

* Valor de $p < 0,0001$

y se encontró que, en los niños más pequeños (lactantes), la internación fue motivada por SMI y, en las niñas en edad escolar y mujeres adolescentes, por SAS y comportamientos suicidas, lo que coincide con lo referido en la bibliografía.^{2,18}

Todos estos problemas de salud son evitables; se relacionan, en gran parte, con la capacidad que tienen las familias y la sociedad para contener y cuidar a esta población vulnerable, la infancia.

Se conoce que las consecuencias que ocasiona la violencia son importantes, dejan heridas físicas, psíquicas y emocionales que causan daño a corto y largo plazo, comprometen la salud y, en ocasiones, hasta la vida de niños y adolescentes, como se refleja en el tipo de cuidado que requirieron algunos de los niños y adolescentes hospitalizados.

Respecto a la violencia hacia los niños, el maltrato infantil y el abuso sexual, la OMS refiere que existe un déficit en ese tema, tanto en el conocimiento de los aspectos epidemiológicos con registros de datos de la magnitud del problema como de la evaluación de la efectividad de los programas preventivos y abordajes terapéuticos.⁽¹⁸⁾ Dice que, aún cuando en las últimas décadas se ha creado una mayor conciencia de la relevancia de esta problemática a nivel mundial, regional y nacional, la complejidad del problema de la violencia contra los niños hace que las medidas de prevención aún no sean suficientes, por lo que deben comprometerse en sus acciones todos los sectores y disciplinas, no solo el sector salud.¹⁸ Se reconoce que, para el abordaje de la violencia, es indispensable dar prioridad a la prevención y a la intervención temprana; deben considerarse todas las etapas del desarrollo, implementarse a nivel individual, relacional y comunitario, y comprometer a todas las instituciones que tienen contacto con la infancia, entre ellas los servicios de salud de atención primaria y de los hospitales.^{18,19}

También, en el período analizado (2000-2010), se observó un aumento en las hospitalizaciones por causas mentales, episodios psicóticos y episodios de excitación psicomotriz, aspecto que coincide con lo referido en los estudios.¹¹⁻¹⁷ Estos motivos de internación se relacionan, habitualmente, con enfermedades mentales graves de evolución crónica, como la esquizofrenia, que era un motivo de hospitalización poco frecuente para la infancia.

Respecto a la caracterización de las hospitalizaciones por causas mentales, otros estudios efectuados en la Institución mostraron

que la mayor parte de los niños-adolescentes que ingresaban por un episodio psicótico correspondía a un diagnóstico de esquizofrenia y, cuando el motivo de ingreso eran episodios de excitación psicomotriz, se relacionaba con diagnósticos de trastornos de la conducta, retraso mental y trastornos generalizados del desarrollo.²⁰⁻²¹

El abuso de sustancias se expresó como otro motivo de hospitalización y se asoció más a los varones adolescentes.

La tendencia actual en políticas de salud en Argentina, y de salud mental en particular, es que pocas causas justifican la hospitalización del niño-adolescente (Ley Nacional de Salud Mental N° 26657) y, cuando esta es necesaria, se debe al riesgo que tiene el niño o adolescente para sí mismo o para terceros, por lo que requiere de cuidados especializados y específicos.

La bibliografía refiere que existen dificultades para dar una adecuada respuesta a las urgencias por causas mentales en los servicios de emergencia de pediatría.^{1,2,6,14,15,22,23} Esta situación se relaciona con la falta de formación de los profesionales de la salud respecto a los problemas mentales de la infancia, con la necesidad de contar con espacios físicos apropiados para evaluar estos problemas de salud mental y con las situaciones de riesgo que podrían conllevar. Esto se debe a que la mayor parte de los servicios de emergencias pediátricos están preparados para resolver otros aspectos de la clínica pediátrica.

Otro punto referido en los estudios son las dificultades que tendrían las personas en acceder a la atención en salud mental.^{6,14-16,22-24} Esto se observó en la investigación realizada, en la que muchos de los niños-adolescentes procedían de otras localidades de la provincia de Córdoba.

Ante la creciente demanda de hospitalizaciones por causas psicosociales y, particularmente, por causas mentales, episodios de excitación psicomotriz y episodios psicóticos y la complejidad de los abordajes terapéuticos requeridos, se implementaron nuevas medidas en el Hospital orientadas a la capacitación de los recursos profesionales en las áreas hospitalarias que brindan atención a estos problemas de salud, Servicio de Emergencia, Salud Mental y Salas de Internación de Clínica Pediátrica. También se dispusieron medidas orientadas a generar los recursos necesarios para dar una adecuada respuesta a esta necesidad de atención en salud mental y se creó, en el año 2009, una Sala de Internación Especializada en Psiquiatría Pediátrica.

Teniendo en cuenta lo referido en la bibliografía y reflexionando respecto a los resultados del presente estudio, podríamos decir que los servicios de emergencia de los hospitales pediátricos son sensibles a los cambios en las necesidades de atención en salud y que tienen el desafío continuo de implementar nuevas estrategias de evaluación y atención, y podrían contribuir como centros centinelas a fin de detectar más oportunamente los cambios epidemiológicos de la salud psicosocial de la infancia, aspecto que contribuiría con información y datos que fortalecerían la toma de decisiones sanitarias.

CONCLUSIÓN

La demanda de hospitalizaciones por causas psicosociales en niños y adolescentes mostró un incremento, y las causas de internación relacionadas con la violencia fueron las más frecuentes, con un comportamiento diferenciado por edad y género. Los servicios de emergencias y centros de atención primaria de la salud requieren recursos y capacitación para satisfacer esta creciente demanda. ■

Agradecimiento

A la jefa del Departamento de Emergencias del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Dra. María Eugenia Gordillo.

REFERENCIAS

- Dolan M, Fein J. Pediatric and Adolescent Mental Health Emergencies in the Emergency Medical Services System. *Pediatrics* 2011;127(5):e1356-66.
- Chun T, Katz E, Duffy S. Pediatric Mental Health Emergencies and Special Health Care Needs. *Pediatr Clin North Am* 2013;60(5):1185-201.
- Sills M, Bland S. Summary Statistics for Pediatric Psychiatric Visits to US Emergency Departments, 1993-1999. *Pediatrics* 2002;110(4):e40.
- Grupp-Phelan J, Harman JS, Kelleher KJ. Trends in mental health and chronic condition visits by children presenting for care at U.S. emergency departments. *Public Health Rep* 2007;122(1):55-61.
- Mahajan P, Alpern ER, Grupp-Phelan J, Chamberlain J, et al. Epidemiology of psychiatric-related visits to emergency departments in a multicenter collaborative research pediatric network. *Pediatr Emerg Care* 2009;25(11):715-20.
- Podlipski MA, Peuch AC, Belloncle V, Rigal S, et al. Accueil en urgence des adolescents pour motif pédopsychiatrique. *Arch Pediatr* 2014;21(1):7-12.
- Pittsenbarger ZE, Mannix R. Trends in Pediatric Visits to the Emergency Department for Psychiatric Illnesses. *Acad Emerg Med* 2014;21(1):25-30.
- Crespo Marcos D, Solana García MJ, Marañón Pardo R, Gutiérrez Regidor C, et al. Pacientes psiquiátricos en el servicio de urgencias de pediatría de un hospital terciario. Revisión de un periodo de seis meses. *An Pediatr (Barc)* 2006;64(6):536-41.
- Olfson M, Gameroff M, Marcus S, Greenberg T, Shaffer D. National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *Am J Psychiatric* 2005;62(7):1328-35.
- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Washington DC. 2009. [Acceso: 1 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf.
- Cooper S, Valleley RJ, Polaha J, Begeny J, Evans JH. Running out of time: physician management of behavioral health concerns in rural pediatric primary care. *Pediatrics* 2006;118(1):e32-8.
- Goldstein A, Frosch E, Davarya V, Leaf P. Factors associated with a six-month return to Emergency Services among child and adolescent psychiatric patients. *Psychiatr Serv* 2007;58(11):1489-92.
- Mapelli E, Black T, Doan Q. Trends in Pediatric Emergency Department Utilization for Mental Health-Related Visits. *J Pediatr* 2015;167(4):905-10.
- Sheridan DC, Spiro DM, Fu R, Jahson KP, et al. Mental Health Utilization in a Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care* 2015;31(8):555-9.
- Santiago LI, Tunik MG, Foltin GL, Mojica MA. Children requiring psychiatric consultation in the pediatric emergency department: epidemiology, resource utilization, and complications. *Pediatr Emerg Care* 2006;22(2):85-9.
- Meunier-Sham J. Increased volume/length of stay for pediatric mental health patients: one ED's response. *J Emerg Nurs* 2003;29(3):229-39.
- Bourgeois FT, Shannon MW. Emergency care for children in pediatric and general emergency departments. *Pediatr Emerg Care* 2007;23(2):94-102.
- Organización Mundial de la Salud. Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños. Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. 2009. 7-57. [Acceso: 1 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44228/1/9789243594361_spa.pdf.
- Mouesca J. Prevención del maltrato infantil: función del pediatra. 1.ª parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(6):558-67.
- Bella M, Bauducco R, Leal JL, Decca GM. Caracterización epidemiológica de las hospitalizaciones por trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes en Córdoba. *VERTEX* 2012;23(105):331-8.
- Jalil A, Bauducco R, Bella M. Análisis de las causas que motivan una hospitalización psiquiátrica en la infancia. 2009-2014. Póster presentado en XVII Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infantojuvenil y profesiones afines. 25-26 de junio de 2015; Buenos Aires, Argentina.
- Baren JM, Mace SE, Hendry PL, Dietrich AM, et al. Children's mental health emergencies-part 1: challenges in care: definition of the problem, barriers to care, screening, advocacy and resources. *Pediatr Emerg Care* 2008;24(6):399-408.
- Case SD, Case BG, Olfson M, Linakis JG, Laska EM. Length of Stay of Pediatric Mental Health Emergency Department Visits in the United States. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50(11):1110-9.
- Taastrøm A, Klahn J, Staal N, Thomsen PH, Johansen A. Children and adolescents in the Psychiatric Emergency Department: A 10-year survey in Copenhagen County. *Nord J Psychiatry* 2014;68(6):385-90.