

Urgencias psiquiátricas en población infanto-juvenil

A. RIESGO RUBIO¹, E. SEIJO ZAZO²

¹Residente de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia; ²Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infantojuvenil. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

RESUMEN

El aumento de la demanda de atención en salud mental es un hecho que reflejan múltiples estudios. Si hablamos de población infanto-juvenil y, especialmente tras la pandemia COVID-19, se observa un incremento de la demanda asistencial, incluyendo visitas a servicios de urgencias. En las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles se atienden pacientes con motivos de consulta cada vez más diversos. Algunos de los más frecuentes, y que por tanto deben conocer los profesionales de los servicios de urgencias, son agitación psicomotriz, ideación suicida, trastorno de ansiedad, consumo de tóxicos o efectos secundarios de psicofármacos. Existen una serie de recomendaciones para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de cada uno de ellos. Por otro lado, la atención a los pacientes más jóvenes y a las situaciones de abuso y maltrato merecen especial mención por sus particularidades.

La presencia de psicopatología en edades cada vez más tempranas es un hecho indiscutible y por ese motivo es necesario disponer de profesionales correctamente formados para garantizar el mejor tratamiento a estos pacientes. Por ello es indispensable la colaboración entre los diferentes niveles asistenciales.

Palabras clave: Psiquiatría de la adolescencia; Psiquiatría infantil; Salud mental; Urgencias; Pediatría.

PSYCHIATRIC EMERGENCIES IN THE CHILD AND ADOLESCENT POPULATION

ABSTRACT

The increased demand for mental health care is a fact reflected in multiple studies. If we talk about child and adolescent populations, in particular after the COVID-19 pandemic, we can observe an increase in demand for care, which includes visits to emergency services. In child and adolescent psychiatric emergencies, patients are treated for increasingly diverse reasons. Some of the most frequent that emergency services professionals should be aware of are psychomotor agitation, suicidal ideation, anxiety disorder, consumption of toxic substances, or side effects of psychotropic drugs. Each of them has a series of recommendations for evaluation, diagnosis, and treatment. Finally, care for younger patients and abusive situations deserve special mention due to their special particularities.

In conclusion, the presence of psychopathology at increasingly younger ages is an indisputable fact and for this reason, it is necessary to have correctly trained professionals that can guarantee the best treatment for these patients. Therefore, collaboration between the different levels of care is essential.

Keywords: Adolescent psychiatry; Child psychiatry; Emergency medical services; Pediatric emergency medicine.

Correspondencia: ariesgorubio@gmail.com (Aroa Riesgo Rubio)

© 2024 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

<https://doi.org/10.63788/7xttkz34>

INTRODUCCIÓN

Actualmente, especialmente en los últimos años, tras la pandemia COVID-19, asistimos a un aumento en la demanda de cuestiones relacionadas con la salud mental⁽¹⁾.

Según el Informe Mundial sobre Salud Mental publicado por la OMS en el año 2022, el 13% de la población mundial padece un trastorno mental. Si hablamos de la población infanto-juvenil, alrededor del 8% de los niños de 5 a 9 años y el 14% de los adolescentes de 10 a 19 años conviven con una enfermedad mental⁽²⁾.

Un estudio realizado en Estados Unidos encontró que la mitad de los trastornos mentales presentes en la edad adulta comienzan en la adolescencia⁽³⁾.

Esto ha supuesto en los últimos años un aumento de demanda asistencial, que se hace notable también en el incremento de visitas a los servicios de urgencias⁽⁴⁻⁶⁾. A este respecto, algunos autores sugieren que las intervenciones de salud mental iniciadas en el servicio de urgencias producen mejores resultados, aunque se necesitan evaluaciones sólidas⁽⁷⁾.

En este artículo se expondrán las características más importantes de la atención a niños y adolescentes que acuden al servicio de urgencias por un problema de salud mental.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS EN ETAPA INFANTO-JUVENIL

Los niños y adolescentes tienen una serie de particularidades diferenciadas de los adultos por las que precisan una asistencia especializada a su salud mental. Existen además diferencias por edad, ya que la etapa del desarrollo determina la psicopatología, así como los criterios de normalidad y enfermedad.

Otra particularidad de la psiquiatría infanto-juvenil es que los padres o tutores desempeñan un papel fundamental, primero como informantes, pero también como principal agente de riesgo y protección para la psicopatología de los niños⁽⁸⁾.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la totalidad de los niños y la gran mayoría de los adolescentes no solicitan ayuda profesional de manera voluntaria, sino acompañados y/o aconsejados por sus padres, tutores legales, profesores...

Cabe destacar la frecuencia de visitas reiteradas a los servicios de urgencias en este perfil de paciente; algunos estudios reflejan que hasta el 45% de los pacientes pediátricos que acuden al servicio de urgencias por un problema de salud mental habían sido atendidos previamente⁽⁹⁾. Específicamente, aquellos que previamente se presentaron por autolesiones o conducta suicida serían los más frecuentadores⁽¹⁰⁾.

URGENCIA PSIQUIÁTRICA INFANTO-JUVENIL

Una urgencia psiquiátrica infanto-juvenil se define como “aquel proceso mental que genera suficiente tensión emocional para que el niño, el adolescente o la familia consideren difícil el control de la situación”⁽¹¹⁾.

Es un hecho conocido que las urgencias psiquiátricas en pediatría están aumentando^(4,12,13). Las causas de este incremento pueden ir desde cambios sociales, incremento de consumo de tóxicos entre los jóvenes o la demanda de soluciones más inmediatas por parte de familias y pacientes⁽¹⁴⁾.

En el proceso de atención en urgencias se hace imprescindible la colaboración de un equipo multidisciplinar, por la frecuente presencia de comorbilidad con patología somática. Para realizar la anamnesis y exploración física y psicopatológica es importante disponer de un espacio adecuado y que cumpla con las medidas de seguridad correspondientes. Es fundamental la formación del personal en medidas de contención verbal y física.

Los principales motivos de consulta en las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles son trastornos de conducta, trastornos de ansiedad y crisis de angustia, ideación suicida, consumo de tóxicos y efectos secundarios de psicofármacos. El trastorno de la conducta es más frecuente en varones y las crisis de angustia o tentativas suicidas, en mujeres⁽¹⁴⁾.

La evaluación en urgencias comienza por una correcta anamnesis. En la historia clínica quedarán reflejados los datos del paciente, el motivo de consulta, los antecedentes sociales, somáticos (importante incluir problemas neurológicos), psiquiátricos y de consumo de tóxicos, los antecedentes familiares psiquiátricos y la historia de la enfermedad actual, indagando sobre posibles eventos estresantes recientes en el paciente y su entorno más cercano.

Además, es importante realizar una exploración del estado mental, que incluye: observar apariencia general y conducta durante la entrevista, el nivel de conciencia, explorar memoria y concentración, valorar si existen alteraciones en el contenido y forma del pensamiento, observar cómo es el discurso, el estado de ánimo, si hay riesgo de auto o hetero agresividad, ideación o intencionalidad suicida, capacidad de juicio crítico y nivel de introspección.

Las pruebas diagnósticas complementarias principales a realizar son bioquímica general y tóxicos en sangre/orina. Según la sintomatología presente pueden sumarse otras más específicas como TAC y/o RNM, EEG, PL, fondo de ojo...⁽¹⁴⁾.

Tras el proceso de evaluación en el servicio de urgencias hay dos opciones: ingreso o alta, en cuyo caso se realizará seguimiento ambulatorio en CSMIJ (Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil) si así se considera necesario.

En el caso en el que el paciente se vaya de alta, hay varias cosas a tener en cuenta que deben ser comentadas con el paciente y/o sus tutores legales: dónde se va, con quién, dónde va a hacer el seguimiento y explicar el tratamiento al alta.

En otros casos se decide que la mejor alternativa es realizar un ingreso en la unidad especializada en psiquiatría infanto-juvenil. Es obligatoria la comunicación a la autoridad judicial, por tratarse de un ingreso hospitalario de un menor en una unidad cerrada.

PRINCIPALES URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

A continuación se desarrollan algunos de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios psiquiátricos de urgencias.

Agitación psicomotriz

La agitación psicomotriz se define como “el estado de aumento inadecuado de la actividad motora y mental”⁽¹⁵⁾. La situación puede derivar en auto y hetero agresividad, por lo que lo primero es garantizar la integridad física del paciente, sus familiares y el personal sanitario⁽¹⁴⁾.

Es de origen multifactorial, siendo esencial descartar en primer lugar una causa orgánica. Algunos indicadores de organicidad son un inicio brusco de los síntomas, en un paciente sin antecedentes psiquiátricos, alteración y fluctuación del nivel de conciencia, alucinaciones visuales y otros síntomas neurológicos y, por supuesto, observar alteraciones de las pruebas complementarias^(14,15).

Es importante realizar una buena historia clínica, tratando de averiguar si existe algún factor desencadenante, pues en muchos casos actuar directamente sobre el factor etiológico evita la necesidad de pasar a un abordaje farmacológico⁽¹⁶⁾.

En un principio se intentará calmar al paciente mediante contención verbal, y si no es efectiva, pasaremos a contención farmacológica. Como última opción, y siempre tras descartar otras posibilidades, se realiza contención mecánica, que irá acompañada de contención farmacológica. Es importante informar al paciente y acompañantes de la medida y los motivos de la misma, y registrarla en la historia clínica. La contención farmacológica se realiza con medicación sedativa, eligiendo un tipo de medicación u otro en función de la patología de base, de modo que se usarán neurolepticos en pacientes con trastornos psicóticos y benzodiazepinas para el abordaje de la agitación no psicótica⁽¹⁴⁾.

La vía de administración será oral si la agitación es moderada y el paciente colabora, y parenteral si la agitación es grave y el paciente no colabora.

Conducta suicida

Según el observatorio del suicidio en 2022 tuvieron lugar 4.227 suicidios en España, de los cuales 3.126 eran hombres y 1.101 mujeres, lo que supone una media de 11,6 suicidios al día. El suicidio es la primera causa de muerte externa desde 2008.

Si hablamos de población infanto-juvenil, llama la atención al aumento del suicidio adolescente (de 15 a 19 años), especialmente en varones: mientras que en 2021 tuvieron lugar 53 suicidios (28 chicos y 25 chicas), en 2022 fueron 75 (44 chicos y 21 chicas)⁽¹⁷⁾.

Algunas pautas para la valoración y el manejo de la conducta suicida son mantener un tono de voz calmado, mostrar una actitud empática, evitar juzgar ni restar importancia a lo sucedido y no tener miedo a preguntar directamente por ideación suicida, sin hacerlo de manera invasiva.

Los factores de riesgo de conducta suicida podemos clasificarlos en demográficos (varón, adolescente, con escaso apoyo, no cis-heterosexual), clínicos (que haya intentos de suicidio previos es el principal), ambientales (abuso o maltrato, escaso apoyo sociofamiliar, historia familiar de suicidio, problemas escolares) y estado mental (ideas suicidas estructuradas, intoxicación aguda, alta impulsividad, baja autoestima)⁽¹⁸⁾.

Tras la valoración, si el paciente regresa a su domicilio hay varias cosas que se deben tener en cuenta: garantizar apoyo familiar estrecho, revisión en CSMIJ en 7-10 días tras el alta y supervisión de toma de tratamiento farmacológico.

Desde el servicio de urgencias algunos autores promueven el uso de herramientas para la detección y evaluación del riesgo suicida. No obstante, ninguna lista de comprobación/enfoque único satisface las necesidades de la evaluación del riesgo de autolesión y suicidio⁽¹⁹⁾. Se incide en que una entrevista con juicio clínico estructurado y sentido crítico, dentro de un clima de confianza y facilitado por la participación de la familia es fundamental para la evaluación del riesgo.

Hay factores que resultan determinantes en la decisión de que el paciente deba recibir un tratamiento hospitalario como: antecedentes psiquiátricos, conducta impulsiva, escaso apoyo sociofamiliar, planificación previa del intento autolítico así como letalidad del método elegido y ausencia de arrepentimiento o crítica de lo sucedido.

¿Y qué hay de las autolesiones no suicidas? En un estudio realizado en 11 países europeos, la prevalencia general de autolesiones en adolescentes fue del 27,6%⁽²⁰⁾. En estos casos debe explorarse el riesgo suicida y derivarse a CSMIJ para seguimiento ambulatorio.

Trastorno de ansiedad

El trastorno de pánico/crisis de angustia es un motivo de consulta frecuente en el servicio de urgencias. La sinto-

matología es variada, por lo que es de vital importancia descartar una causa orgánica, como puede ser hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, alteraciones cardíacas, efectos de medicamentos o tóxicos, etc.⁽²¹⁾.

Las benzodiazepinas son útiles para el abordaje a corto plazo, aunque su utilización debe ser puntual, por su potencial adictivo y su posible efecto paradójico en niños. Las más utilizadas en niños son: clonazepam, clorazepato dipotásico, diazepam y lorazepam⁽²²⁾.

El plan de tratamiento a largo plazo incluye estrategias de psicoterapia cognitivo-conductual y pautas de relajación, así como tratamiento farmacológico, si es necesario, con inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS)⁽²³⁾.

Consumo de tóxicos

Dos motivos de consulta en urgencias relativos al consumo de tóxicos son las alteraciones del comportamiento y las intoxicaciones. En estos casos, es importante identificar el tipo de droga que se ha consumido y la estabilización somática del paciente previa a la valoración psicopatológica.

Recientemente se han publicado revisiones sobre la validez de la implementación de programas de intervención motivacional para el consumo de alcohol desde el servicio de urgencias, con resultados variables⁽²⁴⁾.

Una vez detectado en servicio de urgencias si el abuso de sustancias es mantenido, se recomienda la derivación del paciente a los servicios de Salud Mental ambulatorios para el seguimiento y tratamiento de posibles patologías mentales concomitantes.

Efectos secundarios a psicofármacos

Cuando utilizamos psicofármacos es importante conocer su funcionamiento y sus posibles efectos secundarios. Algunos de los efectos secundarios a psicofármacos más habituales son:

1. Síntomas extrapiramidales (SEP):

- Acatisia: “consiste en una sensación subjetiva y objetiva de inquietud motora, que conduce a que el paciente esté agitado”⁽²¹⁾. Se debe realizar diagnóstico diferencial con ansiedad en los casos más leves y con agitación psicótica en casos graves. El tratamiento consiste en reducir la dosis del antipsicótico a la mínima dosis efectiva y bloqueadores beta adrenérgicos⁽¹⁴⁾.
- Disonía aguda: es la contracción muscular tónica que puede afectar a diferentes grupos musculares⁽¹⁴⁾ y lleva a posturas anormales. En el 90% de los casos ocurre en los primeros cuatro a cinco días tras inicio de tratamiento⁽²¹⁾. Suele fluctuar y puede desaparecer en un ambiente tranquilo, lo que puede provocar la

falsa sensación de que es ansiedad o provocado voluntariamente. Debe realizarse el diagnóstico diferencial con crisis convulsiva y discinesia tardía y se trata con anticolinérgicos o difenhidramina intramuscular. También el diazepam y los derivados de cafeína pueden ser efectivos⁽¹⁴⁾.

- Discinesia tardía: el paciente presenta movimientos involuntarios que cesan durante el sueño y se incrementan con el estrés. Suele aparecer tras años de tratamiento. El tratamiento consiste en bajar la dosis del fármaco o sustituirlo⁽²¹⁾.

2. Síndrome neuroléptico maligno (SNM): es una reacción poco común a antipsicóticos, con una incidencia baja, pero con una mortalidad elevada. Se presenta más frecuentemente en varones, sobre todo ante tratamiento de reciente instauración y con dosis altas, además de en terapia combinada con litio. Supone una urgencia vital y traslado inmediato a UVI.

Como manifestaciones clínicas destacan: delirium, rigidez, hipertermia y anomalías vegetativas, y como alteraciones analíticas CK (creatininasa) elevada y leucocitosis. El diagnóstico diferencial es con catatonía, síntomas extrapiramidales con infección concurrente y delirium o coma por anticolinérgicos. Su tratamiento es de soporte, junto con benzodiazepinas, dantroleno sódico y bromocriptina^(14,25).

- 3. Efectos anticolinérgicos: en tratamientos con antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos y antipsicóticos. El tratamiento es sintomático y/o sustitución del fármaco⁽²¹⁾.
- 4. Síndrome serotoninérgico: se presenta característicamente con una tríada de alteración del estado mental, disfunción autonómica y excitación neuromuscular. Como principales diferencias con el síndrome neuroléptico maligno cabe destacar que a nivel neuromuscular es típico el clonus inducido o espontáneo mientras que en el SNM lo es la rigidez. En el síndrome serotoninérgico es característica la hiperreflexia y la midriasis, mientras que en el SNM los reflejos están disminuidos y las pupilas tendrán un tamaño normal. Se trata con agonistas serotoninérgicos^(25,26).

URGENCIAS EN MENORES DE 6 AÑOS

Las urgencias en menores de 6 años suponen una pequeña parte de las urgencias de niños y adolescentes y tienen una serie de características diagnósticas (es complicado establecer el límite entre lo normal y lo patológico) y terapéuticas específicas^(14,27).

Son motivo de consulta habitual las alteraciones del desarrollo (ej. pacientes con trastorno del espectro autista o dis-

capacidad psíquica con alteraciones de comportamiento⁽²⁸⁾, problemas de conducta o problemas emocionales. Muchos presentan sintomatología somática de etiología psiquiátrica como cefaleas o síntomas gastrointestinales inespecíficos. En algunos casos puede haber de base problemas de índole social, maltrato y negligencia o abuso por parte de alguno de los padres o tutores legales⁽¹⁴⁾.

Durante la valoración en urgencias es importante aclarar la relación del niño con el adulto que le acompaña, realizar una historia evolutiva y comprobar si el niño ha adquirido los hitos del desarrollo que debería para su edad, además de realizar una exploración psicopatológica adaptada a su edad.

La necesidad de ingreso hospitalario es infrecuente en estos pacientes.

ABUSO Y MALTRATO

Este tema no suele ser abordado en la urgencia, excepto en aquellas situaciones en las que el menor acabe de ser víctima de maltrato o agresión. En este caso se prioriza la atención somática y estabilización física y posteriormente puede ser requerida una valoración por parte de los servicios de Salud Mental infanto-juvenil⁽²⁹⁾. Como somera aproximación al tema hay que resaltar que existen diferentes tipos y clasificaciones de maltrato. La Organización Mundial de la Salud define el maltrato infantil como “cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un menor de 18 años, abarca todo tipo de maltrato físico o afectivo, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otra índole que vaya o pueda ir en perjuicio de la salud, el desarrollo o la dignidad del menor o poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”⁽³⁰⁾.

Ante sospecha de maltrato debemos comunicarlo a servicios sociales y a la policía y Juez de Guardia en los casos más urgentes o a Fiscalía del menor en situaciones no urgentes.⁽³¹⁾

CONCLUSIÓN

El incremento de problemas de salud mental en niños y adolescentes es una realidad y es fundamental un correcto abordaje de los mismos, también en el contexto de las urgencias. Los profesionales que atienden a estos pacientes deben poseer conocimientos y habilidades específicas para el tratamiento inicial de los principales síntomas psiquiátricos.

La formación adecuada de profesionales en el campo de la salud mental infantil y adolescente es esencial para el tratamiento efectivo de la creciente prevalencia de la psico-

patología en edades tempranas y garantizar el bienestar de las generaciones futuras.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-spa.pdf [Internet]. [citado 1 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354393/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-spa.pdf?sequence=1>
2. World mental health report: Transforming mental health for all [Internet]. [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240049338>
3. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(6): 593-602.
4. Liñán AM. Urgencias en Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia: ¿Dónde está el límite? *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2023; 40(1): 1-3.
5. Vázquez López P, Armero Pedreira P, Martínez-Sánchez L, García Cruz JM, Bonet de Luna C, Notario Herrero F, et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. *An Pediatr*. 2023; 98(3): 204-12.
6. Trends in mental health and chronic condition visits by children presenting for care at U.S. emergency departments - PubMed [Internet]. [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17236609/>
7. Walker N, Medlow S, Georges A, Steinbeck K, Ivers R, Perry L, et al. Emergency Department initiated mental health interventions for young people: A systematic review. *Pediatr Emerg Care*. 2022; 38(7): 342-50.
8. Seijo E, Fernández Fernández J, Otero Cuesta S. Influencia de la familia en el desarrollo normal y en la patología del niño y el adolescente. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B, editores. *Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 72-8.
9. Leon SL, Cloutier P, Polihronis C, Zemek R, Newton AS, Gray C, et al. Child and adolescent mental health repeat visits to the Emergency Department: A systematic review. *Hosp Pediatr*. 2017; (3): 177-86.
10. Cullen P, Leong RN, Liu B, Walker N, Steinbeck K, Ivers R, et al. Returning to the emergency department: a retrospective analysis of mental health re-presentations among young people in New South Wales, Australia. *BMJ Open*. 2022; 12(6): e057388.
11. San Sebastián J, Quintero F. Urgencias en Psiquiatría Infanto-Juvenil. En: Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega J, editores. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. Barcelona: Masson; 2003. p. 393-400.
12. Porter M, Gracia R, Oliva JC, Pàmias M, Garcia-Parés G, Cobo J. Mental health emergencies in Paediatric Services: Characteristics, diagnostic stability and gender differences. *Actas Esp Psiquiatr*. 2016; 44(6): 203-11.
13. Mascaraque PS, Aduna OVG. Urgencias en psiquiatría infantil. *Pediatr Integral*. 2014; XVIII(5): 312-9.

14. Alda Díez JÁ, Izaguirre Eguren J, Pozuelo López M. Urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B, editores. Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 713-24.
15. Vázquez Vicente R, Tejera Puente H, Maroto Martín S. Paciente agitado o violento en urgencias. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B, editores. Manual de urgencias psiquiátricas. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2023. p. 55-65.
16. Gerson R, Malas N, Feuer V, Silver GH, Prasad R, Mroczkowski MM. Best practices for evaluation and treatment of agitated children and adolescents (BETA) in the Emergency Department: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry. *West J Emerg Med.* 2019; 20(2): 409-18.
17. Prevención del suicidio. [Internet]. [citado 27 de abril de 2024]. Observatorio del Suicidio en España 2022 (datos definitivos diciembre 2023). Disponible en: <http://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022-definitivo/>
18. Del Castillo SG, Carballo Belloso JJ. Conducta suicida y suicidio. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B, editores. Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 452-60.
19. Cantrell A, Sworn K, Chambers D, Booth A, Taylor Buck E, Weich S. Factors within the clinical encounter that impact upon risk assessment within child and adolescent mental health services: a rapid realist synthesis. *Health Soc Care Deliv Res.* 2024; 12(1): 1-107.
20. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry.* 2014; 55(4): 337-48.
21. Hernández PJR, Leandro A, Pavesi S, García BL. Urgencias en psiquiatría infanto-juvenil. *Pediatr Integral.* 2019; XXIII(2): 91-7.
22. Martín Gil V, Dominguez Cejudo A, Garrido Torres N. Psicofármacos en urgencias pediátricas [Internet]. [citado 1 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://manualclinico.hospitaluvroci.es/wp-content/uploads/2022/04/MC-UrgPed-PSIQUIATRIA-Y-PSICOSOCIAL.pdf#page=18>
23. Ruiz Sanz F, Forcadell López E, Lera Miguel S. Trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y agorafobia. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B, editores. Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 315-26.
24. Newton AS, Dong K, Mabood N, Ata N, Ali S, Gokiert R, et al. Brief emergency department interventions for youth who use alcohol and other drugs: a systematic review. *Pediatr Emerg Care.* 2013; 29(5): 673-84.
25. López Galán S. Urgencias neurológicas por psicofármacos. En: López Galán S, editor. Manual de urgencias psiquiátricas. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2023. p. 711-24.
26. Herreros Rodríguez Ó, Vázquez González AP, Díaz Atienza F. Farmacoterapia y farmacodinamia en niños y adolescentes. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B, editores. Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 589-96.
27. Caballero Andaluz R. La exploración psicopatológica en la infancia: el niño de 0 a 5 años y de 6 a 11 años. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B, editores. Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 98-107.
28. Lytle S, Hunt A, Moratschek S, Hall-Mennes M, Sajatovic M. Youth with autism spectrum disorder in the Emergency Department. *J Clin Psychiatry.* 2018; 79(3): 17r11506.
29. Leetch AN, Leipsic J, Woolridge DP. Evaluation of child maltreatment in the Emergency Department setting: An overview for behavioral health providers. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2015; 24(1): 41-64.
30. Maltrato infantil [Internet]. [citado 3 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
31. Dominguez Santos MD, Pina Camacho L, Vicente Sánchez I. El niño en riesgo: maltrato infantil. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B, editores. Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 532-43.