

Pacientes psiquiátricos en el servicio de urgencias de pediatría de un hospital terciario: revisión de un período de 6 meses

D. Crespo Marcos, M.^ªJ. Solana García, R. Marañón Pardillo, C. Gutiérrez Regidor, M. Crespo Medina, C. Míguez Navarro y P. Vázquez López

Sección de Urgencias de Pediatría. Departamento de Pediatría.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción

Se ha observado durante los últimos años un notable aumento en el número de urgencias psiquiátricas atendidas en los servicios de urgencias de pediatría. Realizamos este estudio con el objetivo de definir las características de estos pacientes.

Pacientes y métodos

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal que incluyó todas las urgencias psiquiátricas atendidas en el servicio de urgencias de pediatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, desde el 1 de octubre de 2004 hasta el 31 de marzo de 2005. Se analizaron: edad, sexo, hora de la consulta, día de la semana, día del mes, mes, antecedentes psiquiátricos, tratamiento psiquiátrico farmacológico previo, acompañante del menor, diagnóstico y destino final del paciente.

Resultados

Se registraron 79 urgencias psiquiátricas sobre 36.449 urgencias totales (0,21%). El 48,1% eran niños y el 51,9% niñas. La edad (media \pm 2 DE) fue de 13,73 \pm 2,5 años. Se observó mayor demanda asistencial los lunes (19%), por la tarde y en los meses de enero y febrero. El 13,23% de los pacientes fueron traídos por servicios de urgencias extrahospitalarios. Los principales diagnósticos fueron: trastorno de conducta (36,76%), trastorno de ansiedad (20,58%) e ideación o intento autolítico (13,23%). Se observó un claro predominio de niños en el trastorno de conducta (67,85%) y de niñas en el trastorno de ansiedad (71,42%) y en la ideación o intento autolítico (76,92%). La tasa de hospitalización de los pacientes con patología psiquiátrica urgente fue del 32,35%.

Conclusiones

Observamos una baja incidencia de patología psiquiátrica en nuestro servicio de urgencias de pediatría. Son pacientes de 11-15 años, sin diferencias en cuanto al sexo. Se objetivó un pico asistencial al final de la tarde e inicio de la noche, los lunes y en los meses de enero y febrero. El diagnóstico más común fue el trastorno de conducta. Destaca la altísima tasa de hospitalización de estos pacientes, más de seis veces superior a la tasa general del servicio de urgencias de nuestro hospital.

Palabras clave:

Urgencias psiquiátricas. Pediatría. Trastorno de conducta.

PSYCHIATRIC PATIENTS IN THE PEDIATRIC EMERGENCY DEPARTMENT OF A TERTIARY CARE CENTER: REVIEW OF A 6-MONTH PERIOD

Introduction

In the last few years, a marked increase in the number of psychiatric emergencies treated at pediatric emergency departments has been observed. The aim of the present study was to characterize these patients.

Patients and methods

We performed a descriptive, prospective, cross sectional study, based on all psychiatric emergencies treated at the pediatric emergency department of *Hospital General Universitario Gregorio Marañón*, Madrid, from 1-10-04 to 31-3-05. The following variables were analyzed: age, sex, time of consultation, day of the week, day

Correspondencia: Dr. R. Marañón Pardillo.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Sección de Urgencias de Pediatría. Departamento de Pediatría.
Dr. Esquerdo, 46. 28007 Madrid. España.
Correo electrónico: davidkrespo@yahoo.com

Recibido en mayo de 2005.
Aceptado para su publicación en febrero de 2006.

of the month, month of the year, psychiatric antecedents, previous psychiatric pharmacologic treatment, the person or service who took the child to hospital, diagnosis, and whether the patient was admitted to the hospital.

Results

Of a total of 36,449 emergencies, 79 were psychiatric (0.21%). Sex rates were 48.1% boys and 51.9% girls. The mean (± 2 SD) age was 13.73 ± 2.5 years. Visits were most frequent on Mondays (19%), in the evening, and in January and February. A total of 13.23% of the patients were brought by extrahospital services. The main diagnoses were: behavioral disorders (36.76%), anxiety disorders (20.58%) and suicidal ideation or suicide attempt (13.23%). There was a clear male predominance in behavioral disorders (67.85%) and a female predominance in anxiety disorders (71.42%) and suicidal ideation or suicide attempt (76.92%). The hospitalization rate among these patients was 32.35%.

Conclusions

The incidence of psychiatric disorders in our pediatric emergency department was low. The patients were aged 11-15 years old, without differences between the sexes. Peak demand was reached on Mondays in January and February, at the end of the evening and beginning of the night. The most common diagnosis was behavioral disorder. The hospitalization rate was exceptionally high, more than 6 times higher than the average in our hospital.

Key words

Psychiatric emergencies. Pediatrics. Behavioral disorders.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se ha observado un notable incremento en el número de urgencias psiquiátricas atendidas en los servicios de urgencias de pediatría¹. Sin embargo, son escasos los trabajos publicados al respecto, por lo que no son bien conocidos el perfil y las características epidemiológicas de este tipo de pacientes. Si bien se trata de una patología poco común durante la infancia, es importante conocer el tratamiento inicial de estos niños, pues en la inmensa mayoría de los centros es el pediatra quien en un principio les asiste. Diversos estudios inciden en que en numerosas ocasiones los trastornos psiquiátricos no son bien reconocidos o adecuadamente orientados en las consultas realizadas en los servicios de urgencias de pediatría²⁻⁴. En nuestro trabajo analizamos las características de estos pacientes y de las principales patologías diagnosticadas, con objeto de optimizar el tratamiento inicial de estos niños en espera de ser evaluados por el especialista en psiquiatría.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal incluyendo a todos aquellos niños que, tras haber

acudido al servicio de urgencias de pediatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid) entre el 1 de octubre de 2004 y el 31 de marzo de 2005, precisaron asistencia por el especialista en psiquiatría, fueron remitidos a consultas externas de dicho servicio o bien fueron diagnosticados de patología psiquiátrica por el propio pediatra. Se elaboró una ficha estructurada que fue cumplimentada por el pediatra de guardia, con los siguientes datos: edad, sexo, hora de la consulta, día de la semana, día del mes, mes, antecedentes psiquiátricos, tratamiento psiquiátrico farmacológico previo, acompañante del menor, diagnóstico y destino final del paciente. Se describen las variables utilizando medias y medianas en las cuantitativas, y proporciones en las cualitativas. Las relaciones se han establecido con el test de la chi cuadrado para las variables cualitativas y con la t de Student para las cuantitativas. Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 12.0 (SPSS Inc®).

RESULTADOS

Sobre un total de 36.449 urgencias (0,21%) atendidas durante el período de 6 meses comprendido en el estudio 79 pacientes presentaron patología psiquiátrica. Al existir en nuestro centro una unidad específica de hospitalización psiquiátrica infantil (denominada Unidad del Adolescente, para pacientes con edades entre 12 y 18 años), 11 de estos niños habían sido derivados desde otros centros para ingreso tras contactar con el servicio de psiquiatría, por lo que no se contabilizaron al analizar distribución horaria, acompañante del paciente, antecedentes psiquiátricos, tratamiento psiquiátrico farmacológico previo, diagnóstico y tasa de hospitalización. Consultaron 38 niños (48,1%) y 41 niñas (51,9%), con una edad (media ± 2 DE) de $13,73 \pm 2,5$ años, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas al comparar grupos de distinto sexo y patología.

Todos los pacientes fueron evaluados inicialmente por el pediatra de guardia, y se requirió la presencia del especialista en psiquiatría en todos los casos excepto en 12 niños que fueron diagnosticados de trastorno de ansiedad (asistidos de forma exclusiva por el pediatra) y otros 2 pacientes diagnosticados de trastorno de conducta (que fueron remitidos a consultas externas de psiquiatría tras una consulta telefónica con dicho servicio).

El día de la semana que presentó más urgencias psiquiátricas fue el lunes (19%), seguido del miércoles (16,5%) y sábado (15,2%); por el contrario, fueron mínimas el domingo (10,1%) (fig. 1).

Al considerar el mes en que tuvo lugar la consulta, se objetivó un pico asistencial en los meses de enero y febrero, con un mínimo en octubre.

Para analizar el momento del día de la consulta, establecimos aleatoriamente 6 franjas de 4 h cada una (de 8:00 a 12:00, de 12:00 a 16:00, de 16:00 a 20:00, de 20:00 a 24:00, de 24:00 a 4:00 y de 4:00 a 8:00 h). Observamos

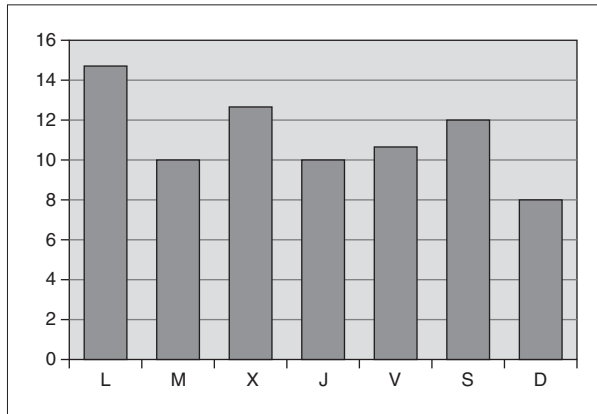


Figura 1. Distribución de urgencias psiquiátricas por día de la semana.

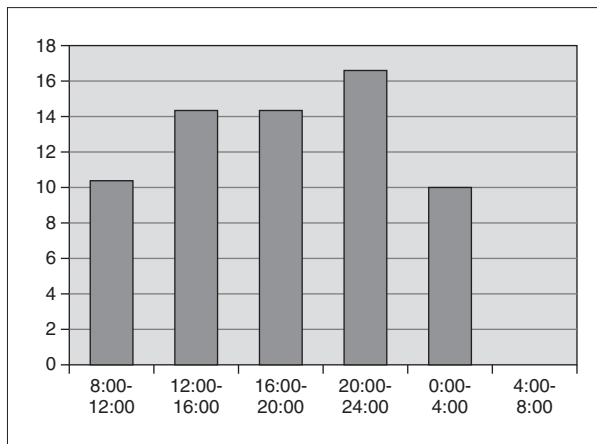


Figura 2. Distribución de urgencias psiquiátricas por franjas horarias.

mayor afluencia en el período de 20 a 24 h (25%), seguido de las franjas de 12 a 16 y de 16 a 20 h (22,05% cada una). No se atendió a ningún paciente entre las 4 y 8 h (fig. 2).

Excluyendo los 11 niños derivados desde otros centros, 59 (86,77%) acudieron a nuestro hospital acompañados por sus padres, tutores o familiares; los 9 restantes (13,23%) lo hicieron a través de servicios de urgencias extrahospitalarios. Ingresaron 17 de los 59 del primer grupo (tasa de hospitalización: 28,51%) y 5 de los 9 del segundo (55,55%), aunque dicha diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,136$).

En lo referente a los antecedentes personales de interés, 41 niños (60%) presentaban antecedentes psiquiátricos, mientras que 24 (35%) estaban en tratamiento farmacológico por patología psiquiátrica. Incluyendo los 11 pacientes derivados desde otros centros, apenas varían los porcentajes (62 y 38%, respectivamente).

Los principales diagnósticos fueron: trastorno de conducta (25 casos; 36,76%), trastorno de ansiedad (14 casos;

20,58%) e ideación o intento autolítico (9 casos; 13,23%). En 5 pacientes (7,35%) se consideró que no presentaban patología psiquiátrica urgente (en uno de ellos se atribuyó la clínica –espasmos carpopedales– a reacción extrapiramidal secundaria a tratamiento con neurolepticos). Se exponen la totalidad de diagnósticos en la tabla 1.

Analizando las tres principales patologías diagnosticadas, se observó un claro predominio del sexo masculino en el trastorno de la conducta (19 de 28; 67,85%), y del femenino en el trastorno de ansiedad (10 de 14; 71,42%) y en la ideación o intento autolítico (10 de 13; 76,92%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la edad entre estos tres grupos.

Ingresaron 22 niños sobre un total de 68, lo que supone una tasa de hospitalización del 32,35%. Analizando por grupos de patologías, esta tasa fue del 40% (10 de 25) en el trastorno de conducta, del 7,14% (1 de 14) en el trastorno de ansiedad y del 77,77% (7 de 9) en la ideación o intento autolítico. En el período en el que realizamos el estudio, la tasa global de hospitalización de los pacientes evaluados en el servicio de urgencias fue del 5,2% (fig. 3).

DISCUSIÓN

A pesar de ser un hecho el incremento de la patología psiquiátrica en los servicios de urgencias de pediatría, son escasos los trabajos publicados al respecto, por lo que resulta difícil contrastar los datos analizados. La incidencia observada en nuestro estudio (0,21%) es muy inferior a la publicada en la revisión realizada en Estados Unidos entre los años 1993-1999 (1,6%)¹, y es también sensiblemente menor que cifras publicadas en trabajos sobre urgencias psiquiátricas en adultos⁵⁻⁷.

La similar distribución en cuanto al sexo de las urgencias psiquiátricas es un dato constatado en nuestro país tanto en estudios pediátricos como en series de adultos^{5,8}, si bien se ha descrito un predominio del sexo femenino en la franja de edad correspondiente a la adolescencia^{9,10}.

Aunque la edad observada en nuestro trabajo se corresponde con lo descrito en la literatura médica, cabe destacar la presencia de 2 niños menores de 10 años. Estos 2 varones, de 2 años y 5 meses, y 8 años y 7 meses, diagnosticados respectivamente de trastorno de conducta y trastorno de ansiedad, alertan sobre la posibilidad de encontrar patología psiquiátrica en niños de menor edad.

La distribución por franjas horarias de las consultas psiquiátricas urgentes prácticamente se superpone a la de las urgencias totales, con mayor demanda durante la tarde y con un pico al final de la misma e inicio de la noche (en la franja comprendida entre las 20 y las 24 h).

El día de la semana con mayor demanda asistencial fue el lunes; acudió el 32,74% de pacientes más de lo esperado. Esto es un hallazgo consistente con trabajos previos realizados sobre series de adultos^{5,11}, y se ha atribuido a

la espera de los menos graves al primer día laborable. El hecho de que el domingo fuese el día de la semana en que la demanda asistencial fue mínima (acudieron el 29,2% menos de lo esperado) corrobora la hipótesis anterior. Probablemente por lo reducido de nuestra muestra, no podemos descartar que estas observaciones puedan deberse al azar ($p = 0,835$).

Objetivamos un pico asistencial en enero y febrero. A pesar de que el período incluido en nuestro estudio no abarcó los 12 meses del año, estos hallazgos ya han sido descritos previamente¹².

Destaca en nuestra serie la elevada proporción (en comparación con otros tipos de patologías) de pacientes (13,23%) que acudieron a través de servicios de urgencias extrahospitalarios. La tasa de hospitalización de este grupo (55,55%) es muy superior a la de aquellos pacientes que acudieron acompañados por sus padres, tutores o familiares (28,81%), sin ser dicha diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,136$).

Son también datos reseñables la altísima proporción de antecedentes psiquiátricos y tratamiento farmacológico psiquiátrico previo en el total de niños con patología psiquiátrica urgente que incluimos en nuestro estudio (60 y 35%, respectivamente). En contra de lo que cabría esperar, estos porcentajes apenas varían al incluir los 11 pacientes derivados desde otros centros para ingreso (62 y 38%, respectivamente), lo que sugiere que el hallazgo en la anamnesis de antecedentes psiquiátricos y tratamiento farmacológico no son factores de riesgo indicativos de ingreso hospitalario. Esta observación deriva de los datos analizados en nuestro estudio, si bien no es lo referido habitualmente en la literatura especializada.

Los tres diagnósticos más repetidos en nuestra serie (trastorno de conducta, trastorno de ansiedad e ideación o intento autolítico) coinciden con los datos publicados, si bien se observan divergencias en cuanto al orden de frecuencia y los porcentajes de cada uno de ellos según distintas series^{1,8}, sobre todo en lo referente al trastorno de conducta. Creemos que dicha variabilidad se puede atribuir a que nuestros registros son de la consulta en el servicio de urgencias, con la posibilidad de que en la posterior revisión en consultas externas de psiquiatría se pueda incluir bajo otro diagnóstico.

Destaca en nuestra serie, que 5 de los 14 pacientes que fueron finalmente diagnosticados de trastorno de ansiedad consultaron por síntomas físicos (dolor torácico en 3 casos y dolor abdominal y disnea, parestesias y palpitaciones en un caso cada uno). Las niñas eran cuatro, de entre 10 y 12 años, y tres de ellas habían consultado durante el mes previo por clínica similar y/o habían presentado con anterioridad episodios de ansiedad. Aunque son pocos niños como para poder obtener conclusiones valorables, estos datos deben hacer pensar en la presencia de trastornos somatomorfos en la edad pediátrica, una entidad emergente y probablemente infradiagnosticada en nuestro medio. El

TABLA 1. Diagnóstico de las urgencias psiquiátricas

Diagnóstico	N	%
Trastorno de conducta (trastorno de conducta, 312.8)	25	36,76
Trastorno de ansiedad (crisis de angustia)	14	20,58
Ideación o intento autolítico	9	13,23
No patología psiquiátrica urgente	5	7,35
Trastorno de personalidad (trastorno de la personalidad no especificado, 301.9)	3	4,41
TOC (trastorno obsesivo-compulsivo, 300.3)	3	4,41
Episodio psicótico (trastorno psicótico breve, 298.9)	3	4,41
Trastorno de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, 307.1)	2	2,94
Reacción adaptativa (reacción adaptativa no especificada, 309.9)	2	2,94
Intoxicación por <i>cannabis</i> (abuso de <i>cannabis</i> , 305.20)	2	2,94

Entre paréntesis, la correspondencia según los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV).

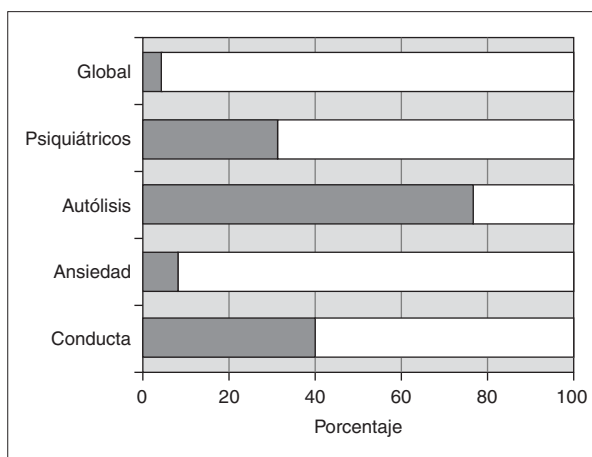


Figura 3. Tasas de hospitalización del servicio de urgencias pediátricas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (entre el 1 de octubre de 2004 y el 31 de marzo de 2005).

perfil de estos pacientes es el de una chica preadolescente, ansiosa, con cefalea y/o dolor abdominal inespecífico, de aproximadamente un mes de evolución, por el que ya ha consultado en varias ocasiones, sin haberse encontrado un sustrato orgánico que lo justifique^{13,14}.

El método empleado para el intento autolítico fue la ingesta de tóxicos en la totalidad de nuestros casos, hecho reflejado en diversos estudios previos. Se ha descrito ampliamente en la literatura médica que los varones tienden a emplear métodos más letales (arma de fuego, ahorcamiento, salto al vacío, etc.), por lo que existe predominio de los mismos en suicidios consumados, mientras que las mujeres suman mayor número de intentos autolíticos. Estos datos justifican el que la mayoría de pacientes atendidos en los servicios de urgencias por esta patología sean mujeres¹⁵⁻¹⁷. Si bien en nuestro centro se produjeron

9 consultas (excluyendo los traslados) relacionadas con la autólisis (13,23% del total de urgencias psiquiátricas, siendo el tercer diagnóstico más frecuente), otros trabajos muestran una incidencia muy superior¹⁸; encontramos antecedentes psiquiátricos en el 77,77% de los mismos, hallazgo consistente con estudios previos^{18,19}. Al respecto, cabe destacar que un intento autolítico nunca debe ser considerado como un hecho aislado en la vida del paciente. En el trabajo realizado por Mardomingo et al²⁰ se observó que más del 50% de estos pacientes sufrían algún trastorno psiquiátrico en un plazo de 8 a 10 años. Además, diversos trabajos han demostrado que existe un riesgo elevado de repetición de la tentativa suicida, de entre el 6 y el 46%, sobre todo durante los primeros 6 meses después del primer intento^{21,22}.

En cuanto a la distribución por sexo de las principales patologías diagnosticadas, nuestros resultados coinciden con los descritos en otras publicaciones, con un claro predominio de niños en el trastorno de conducta^{23,24}, y de niñas en el trastorno de ansiedad^{23,25,26} y en la ideación o intento autolítico²⁷⁻²⁹.

Llama la atención la alta tasa de hospitalización de los niños con urgencias psiquiátricas, más de seis veces superior a la tasa general del servicio de urgencias de nuestro hospital. En la literatura médica están descritas tasas aún mayores (de hasta el 50%), si bien tanto nuestros datos como los del estudio al que se hace referencia⁹ han de ser tomados con cautela, pues se trata de centros con unidades de referencia de psiquiatría infantil. La patología con la tasa más alta es la relacionada con la autólisis, que si bien debiera ser del 100% según se ha definido en los indicadores pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria publicados por la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría³⁰, en nuestro caso es inferior al 80%. Esto se debe a que incluimos tanto intentos como ideaciones, sin requerir estas últimas ingreso hospitalario en todas las ocasiones.

Como conclusión, queremos con este trabajo llamar la atención del pediatra que hace guardias sobre la existencia en cada vez mayor medida de niños con patología psiquiátrica urgente, por lo que un mejor conocimiento del perfil de estos pacientes conducirá a optimizar el tratamiento inicial de los mismos. El incremento de este tipo de urgencias se viene observando desde hace unos años, por lo que se ha sugerido que la estrecha colaboración entre pediatras y psiquiatras probablemente lleve a una mejor comprensión de las peculiaridades de cada especialidad³¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stills MR, Bland SD. Summary Statistics for Pediatric Psychiatric Visits to US Emergency Departments, 1993-1999. *Pediatrics*. 2002;110:e40.
2. Selbst SM. Psychiatric emergencies in children. En: Libro de ponencias de la IX Reunión anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría, Bilbao; 2004. p. 15-9.
3. Dorfman DH, Kastner B. The use of restraint for pediatric psychiatric patients in emergency departments. *Pediatr Emerg Care*. 2004;20:151-6.
4. Costello EJ, Costello AJ, Edelbrock C, Burns BJ, Dulcan MK, Brent D, et al. Psychiatric disorders in pediatric primary care. Prevalence and risk factors. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:1107-16.
5. Díaz RJ, Hidalgo I, Martín T, Santiago M, Santos M, Fuente I, et al. Estacionalidad y urgencias psiquiátricas. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*. 1996;24:253-9.
6. González JC, Ramos YM, Lastra I. Urgencias psiquiátricas en el Hospital general y su evolución durante las dos últimas décadas. *An Psiquiatría*. 1992;8:218-21.
7. Lozano M, O'Neill of Tyrone A, Jordá LL, Vázquez A. La urgencia psiquiátrica en el hospital general: un análisis de las indicaciones de hospitalización. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*. 1992;20:208-13.
8. Viaplana G, Ramírez A, Ramírez J, Travería J, Argemí S, Muñoz T. Análisis descriptivo de la patología psiquiátrica remitida desde la unidad de urgencias al servicio de salud mental. Póster defendido número 55 de la IX Reunión anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Bilbao; 2004.
9. Ruiz A, García JJ, Luaces C, Garrido R, Pou J. Enfermedades del adolescente en el servicio de urgencias. *An Esp Pediatr*. 2001;54:238-42.
10. Lehmann CU, Barr J, Kelly PJ. Emergency department utilization by adolescents. *J Adolesc Health*. 1994;15:485-90.
11. Hidalgo I, Santiago M, Díaz RJ. Estudio de la demanda psiquiátrica urgente en el Hospital de Área de Ávila. *An Psiquiatría*. 1993;9:372-7.
12. Morken G, Sund AM, Linaker OM. A help-line for children. Seasonal variations in issues. *Psychiatry Res*. 2004;30:128:191-7.
13. Trenchs V, Hernández S, Carballo E, García JJ, Macià E, Alda JA, et al. Trastornos somatomorfos: una entidad emergente en pediatría. *An Esp Pediatr*. 2003;58:34-8.
14. Campo JV, Fritsch SL. Somatization in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:1223-5.
15. Osona B, González M, Mencía S, Casado J. Suicidio en la edad pediátrica: presentación de 30 casos. *An Esp Pediatr*. 2000;52:31-5.
16. Wannan G, Fombonne E. Gender differences in rates and correlates of suicidal behaviour amongst child psychiatric outpatients. *J Adolesc*. 1998;21:371-81.
17. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*. 1998;81:322-4.
18. Curcoy A, Alda JA, García JJ, Pérez-Simó R, Luaces C, Pou J. Conductas suicidas en población infanto-juvenil atendidas en un hospital pediátrico. *Rev Esp Pediatr*. 2003;59:512-4.
19. Mardomingo MJ, Catalina ML. Factores de riesgo en los intentos de suicidio del adolescente. *An Esp Pediatr*. 1997;2:148-50.
20. Mardomingo MJ, Catalina ML, Hernández P. Curso clínico de intentos de suicidio: Seguimiento longitudinal a lo largo de 8 años. Libro de Ponencias del VII Congreso Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil 1994, Madrid.
21. Garrido R, García JJ, Carballo E, Luaces C, Alda JA, Pou J. Intoxicaciones voluntarias como intento de suicidio. *An Esp Pediatr*. 2000;53:213-6.
22. Garrido R, García JJ, Luaces C, Fasheh W, Pou J, Alda JA. Factores predictivos de la reincidencia del intento de suicidio. *Rev Psiquiatr Infanto Juv*. 2004;3:149-53.

23. Levy F, Hay DA, Bennet KS, McStephen M. Gender differences in ADHD subtype comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:368-76.
24. Poeta LS, Rosa Neto F. Epidemiological study on symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and behavior disorders in public schools of Florianopolis/SC using the EDAH. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26:150-5.
25. Majstorovic M, Veerkamp JS. Developmental changes in dental anxiety in a normative population of Dutch children. *Eur J Paediatr Dent*. 2005;6:30-4.
26. Hampel P, Kummel U, Meier M, Desman C, Dickou B. Gender and developmental effects on perceived stress, coping, somatic symptoms and psychological disorders among children and adolescents. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2005;54:87-103.
27. Mardomingo MJ, Catalina ML. Intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: características epidemiológicas. *An Esp Pediatr*. 1992;37:29-32.
28. Terroba G, Henman A, Satijeral MT, Martínez P. El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: Algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. *Salud Pública Mex*. 1986; 28:48-55.
29. Rohn RD, Sarles RM, Kenny TJ, Reynolds BJ, Heald FP. Adolescents who attempt suicide. *J Pediatr*. 1977;90:636-8.
30. Luaces C, Benito J, Ferrés F, González A, Sebastián V. Indicadores pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. *Sociedad Española de Urgencias de Pediatría*.
31. Shulman ST. The psychiatric/pediatric interface. *Pediatr Ann*. 2003;32:372.