

UNCLAIMED CHILDREN REVISITED
Informe N.º 1

Cuidado de Salud Mental de Emergencia Infantojuvenil Un Problema Nacional

Janice L. Cooper ■ Rachel Masi

Julio de 2007

NCCP National Center for
Children in Poverty
Columbia University
MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

El National Center for Children in Poverty-NCCP (Centro Nacional para Niños que Viven en la Pobreza) es el centro principal de política pública de la nación dedicado a promover la seguridad económica, la salud y el bienestar de las familias y los niños de bajos recursos en los Estados Unidos. Fundado en 1989 como parte de una división de la Escuela de Salud Pública Mailman de la Universidad de Columbia, el NCCP es una organización de investigación de interés público sin afiliación política.

Cuidado de Salud Mental de Emergencia Infantojuvenil: Un Problema Nacional

por Janice L. Cooper y Rachel Masi

Este informe evalúa las prácticas actuales de los niños, jóvenes y familias que visitan las salas de emergencia de los hospitales que atienden condiciones de salud mental, y realiza recomendaciones para que se tomen medidas políticas que mejoren el cuidado y alienten la creación de más servicios comunitarios.

AUTORAS

Janice L. Cooper, *Ph.D.*, es Directora de Salud Infantil y Mental en el NCCP, y Profesora Adjunta de Clínica Médica de Política y Administración de Salud en la Escuela de Salud Pública Mailman, Universidad de Columbia. La Dra. Cooper dirige la *Unclaimed Children Revisited (Nueva evaluación sobre los niños abandonados)*, una serie de análisis de impacto y políticas de servicios de salud mental para niños, adolescentes y sus familias.

Rachel Masi, *B.A.*, es Ayudante de Investigación para la Salud Mental Infantil en el NCCP. Entre otras publicaciones de Rachel Masi se incluyen *Información sobre salud mental infantil para las autoridades políticas responsables*. Asimismo, trabaja en Mejorar las posibilidades de los niños pequeños, un examen estatal de elecciones de políticas a través de una gama de servicios para niños pequeños.

RECONOCIMIENTOS

En 1982, el novedoso estudio de Jane Knitzer, *Niños abandonados: el fracaso de la responsabilidad pública para niños y adolescentes que necesitan servicios de salud mental*, hizo notoria la condición apremiante del sistema de salud mental para niños y adolescentes con problemas de salud mental y sus familias. El estudio se convirtió en un punto de inflexión en el campo de la salud mental y condujo a una serie de reformas. Veinticinco años después, el National Center for Children in Poverty (NCCP) se ha comprometido a llevar a cabo una iniciativa nacional, Nueva evaluación sobre los niños abandonados, para reexaminar el estado de las políticas que impactan el bienestar óptimo de niños, jóvenes y sus familias. La iniciativa está dirigida por un comité nacional estelar de asesores. Incluye estudios de casos estatales en California y Michigan, con asesores estatales individuales. Agradecemos los fondos recibidos por la Fundación John D. & Catherine T. MacArthur, la Fundación Annie E. Casey, el fondo patrimonial del estado de California y la Fundación de la Familia Zellerbach. Asimismo, deseamos agradecerles a Carole Oshinsky, Juan Carlos Abreu y Telly Valdellon, quienes brindaron respaldo editorial y de producción. Sarah Dababnah, Yumiko Aratani y Lola Adedokun también ayudaron en la elaboración de este informe. Todos los errores y omisiones permanecen bajo la responsabilidad de las autoras.

Cuidado de Salud Mental de Emergencia Infantojuvenil: Un Problema Nacional

Janice L. Cooper ■ Rachel Masi | Julio de 2007

Introducción

Aún persisten altos niveles de necesidades no satisfechas para los servicios de salud mental infantil comunitarios. Durante la última década, han aumentado de forma significativa las visitas relacionadas con la salud mental infantil en las salas de emergencia de los hospitales. Estos factores combinados sugieren que las salas de emergencia se han convertido en fuentes sustitutas de cuidado para problemas de salud mental de rutina.¹ De hecho, el cuidado de salud mental que no es de emergencia es responsable de los aumentos en las visitas relacionadas con ese motivo en salas de emergencia de hospitales.²

Los aumentos en las tasas de concurrencia a las salas de emergencia para el cuidado de la salud mental por parte de niños y jóvenes son emblemáticos de los problemas para acceder a servicios y asistencia de salud mental comunitaria. Estas visitas complican aún más un sistema de cuidado de salud de emergencia desbordado.³ Las salas de emergencia no se encuentran lo suficientemente equipadas para satisfacer las necesidades de salud mental de niños, jóvenes y sus familias que requieren atención psiquiátrica.⁴ Al mismo tiempo que enfrentan desafíos para satisfacer las necesidades de los servicios de pediatría y adolescencia, se encuentran aún menos preparados para proporcionar atención de salud mental infantil y juvenil.⁵ Este informe describe el estado de los servicios de salud mental para niños y jóvenes que concurren a las salas de emergencia de los hospitales por razones de salud mental, y proporciona una descripción general de los desafíos asociados con las visitas a las salas de emergencia de salud mental. Este informe estudia también implicaciones políticas del uso de las salas de emergencia por motivos de salud mental para niños y jóvenes, y realiza recomendaciones para la toma de medidas políticas.

Los aumentos en la concurrencia a las salas de emergencia de los hospitales apuntan a la falta de disponibilidad



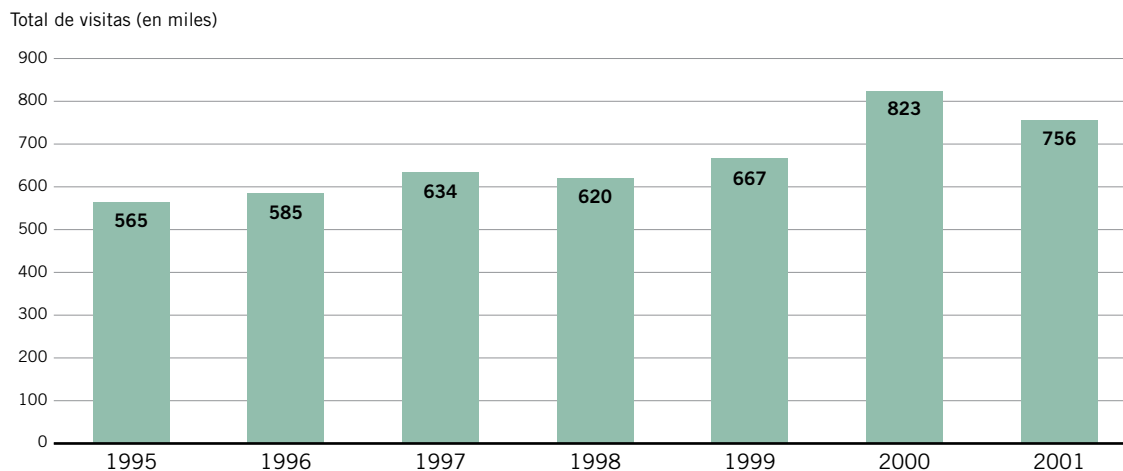
de servicios comunitarios. Esta situación provoca varias preocupaciones:

- 1) Uso inadecuado de salas de emergencia para el cuidado de salud mental de rutina
- 2) Uso ineficiente de recursos
- 3) Desplazamiento de costos debido a la falta de servicios de salud mental comunitarios.
- 4) Falta de capacidad y competencia en salas de emergencia para evaluar, tratar y derivar de forma adecuada a niños y jóvenes con problemas de salud mental.
- 5) Potencial para poner en peligro la calidad y producir resultados deficientes de salud mental y salud en general.

Aumento en las visitas a salas de emergencia por motivos de salud mental

Los cálculos de la concurrencia a las salas de emergencia de hospitales por parte de niños y jóvenes con problemas de salud mental oscilan entre las 200,000 y las 825,000 visitas anuales.⁶ Las visitas a salas por dichos

Gráfico 1: Visitas por motivos de salud mental a salas de emergencia para niños y jóvenes, Estados Unidos, 1995-2001



Fuente: Grupp-Phelen, J.; Harman, J.; & Kelleher, K. (2007). Tendencias en visitas por condiciones crónicas y de salud mental de niños que concurren para recibir atención en salas de emergencia de hospitales de los Estados Unidos. *Informes de Salud Pública*, 122(1), 55-61.

motivos oscilan entre el 2% y el 5% de todas las visitas pediátricas a salas de hospitales.⁷ En áreas rurales, el 5% de todas las visitas pediátricas a salas de emergencia y el 10% de todas las visitas a guardias psiquiátricas son realizadas por niños y jóvenes con problemas de salud mental.⁸ A pesar de la escasa cantidad de estudios nacionales que examinen el tema de forma exhaustiva, diversos estudios realizados a nivel local y estatal proporcionan una imagen de los aumentos intensificados en el uso de guardias de hospitales por parte de niños y jóvenes para el tratamiento de enfermedades mentales.

- Durante un período de cuatro años, una sala de emergencias experimentó un aumento del 59% en visitas relacionadas con problemas mentales, en relación con un aumento del 20% en visitas no relacionadas con cuestiones psiquiátricas durante el mismo período.⁹
- En Connecticut, durante un período de seis años, las salas de emergencia experimentaron un aumento del 110% en emergencias relacionadas con problemas de salud mental en niños.¹⁰
- Un estudio de seis años demostró que en total las visitas a guardias de hospitales crecieron en un 43%: 72% correspondiente a las visitas pediátricas y 102% a las visitas pediátricas relacionadas con la salud mental.¹¹
- Los datos de encuestas de la Encuesta Nacional Médica Ambulatoria de Hospitales reveló que entre 1995 y 2001 las visitas por motivos de salud mental

fluctuaron, aumentando de un 4% en 1995 a casi un 6% en el 2000, y disminuyendo hasta un poco más del 5% en el 2001.¹² (Ver Gráfico 1.)

Condiciones de salud mental comunes entre niños y jóvenes que concurren a salas de emergencia de hospitales

Las clases de condiciones de salud mental que se presentan en guardias de hospitales son variadas.¹³ Condiciones relacionadas con la violencia, trastorno emocional, negligencia y abuso infantil, conductas agresivas, intentos/ideaciones de suicidio, abuso de drogas y alcohol, depresión y otros trastornos del ánimo, y ansiedad son los desórdenes que constituyen la fuente más común de una admisión en una sala de emergencia.¹⁴ Es probable que los jóvenes con problemas relacionados con la violencia que concurren a la guardia sufran también enfermedades mentales. Un estudio sobre jóvenes afroamericanos que concurren a guardias de hospitales con lesiones sufridas en agresiones descubrió evidencia de conductas agresivas, condiciones generales de interiorización y estrés post-traumático.¹⁵

Conducta y otros desórdenes

Los jóvenes con desorden bipolar tienden a utilizar entre 1.5 y 2.5 veces más la sala de emergencias que los jóvenes con otros trastornos mentales, y que aquellos que no sufren tales enfermedades, respectivamente.¹⁶

Entre los niños y jóvenes con necesidades de salud mental intensas, que concurren a guardias de hospitales, más de un quinto muestra conductas peligrosas, y dos quintos tienen una historia clínica de internaciones psiquiátricas previas.¹⁷

Suicidio

Los jóvenes que tratan de suicidarse o que visitan la guardia del hospital por conductas o riesgos suicidas constituyen el 11% de las visitas pediátricas por problemas de salud mental.¹⁸

Desórdenes por abuso de sustancias

Los jóvenes de entre 12 y 17 años constituyen el 10% de las visitas relacionadas con el uso de sustancias en guardias de hospitales.¹⁹ La marihuana, el alcohol en combinación con otras sustancias y la cocaína son las drogas más usadas. Las visitas de jóvenes a guardias por cuestiones relacionadas con la marihuana aumentaron un 23% entre 1997 y 2001.²⁰

Aproximadamente el 4% de las visitas a guardias son realizadas por niños y jóvenes que intentan suicidarse con drogas. Entre las drogas utilizadas se encuentran los analgésicos (51%), las drogas psicoterapéuticas (38%) y las sustancias ilegales (19%).²¹

Características selectas de niños y jóvenes que utilizan las guardias para obtener servicios relacionados con la salud mental

Al igual que la diversidad en condiciones, la investigación muestra la variación en la composición demográfica de los niños y la juventud que utilizan las guardias para servicios de salud mental.

Raza y origen étnico

Tal como en las visitas a salas de emergencia de hospitales de la población infantil, la mayoría de los estudios indican que los niños y jóvenes de color son más propensos a concurrir a guardias por condiciones relacionadas con la salud o problemas mentales.²² Sin embargo, otras investigaciones demuestran una falta significativa de identificación adecuada de diagnósticos psiquiátricos de jóvenes de color en guardias.²³

Género

A su vez, algunos estudios sugieren que las visitas a guardias por problemas de salud mental pueden variar según el género.²⁴

Ubicación geográfica

Las variaciones en el uso de servicios de emergencia también son evidentes según la región. Los niños y jóvenes que viven en áreas rurales presentan tasas más elevadas de visitas a guardias por cuestiones de salud mental.²⁵ Los niños y jóvenes que viven en el noreste son más propensos a concurrir a la sala de emergencias por una necesidad de salud mental que aquellos que viven al oeste de los Estados Unidos.²⁶

Edad

Las últimas investigaciones demuestran que cada vez hay más niños pequeños con problemas de salud mental que concurren a la guardia que en el pasado.²⁷ En general, sin embargo, los niños mayores y los jóvenes son más propensos a solicitar servicios por condiciones de salud mental en guardias de hospitales. La gran mayoría de visitas por problemas de salud mental a salas de emergencia fueron realizadas por adolescentes.²⁸

Niños y jóvenes en cuidado sustituto

Los niños y jóvenes que se encuentran bajo cuidado sustituto y tienen problemas de salud mental son más propensos a utilizar salas de emergencia que aquellos sin un diagnóstico de salud mental, y aquellos con otras enfermedades crónicas.²⁹ La ubicación en hogares sustitutos se encuentra asociada con las visitas a salas de emergencia por suicidio y visitas repetidas a guardias.³⁰ Cuantas más veces un niño o joven sea ubicado en diferentes hogares de cuidado sustituto, mayor será la cantidad de visitas a la sala de emergencias.³¹

Asimismo, los trastornos mentales específicos ponen a los niños y jóvenes en hogares sustitutos en riesgo de un aumento en el uso de salas de emergencia. Aquellos con trastornos de personalidad son 10 veces más propensos a utilizar la sala de emergencia, y los que sufren de depresión son 5 veces más propensos a utilizar la sala de emergencia en comparación con sus pares.³²

Las salas de emergencia no satisfacen las necesidades de niños y jóvenes con problemas de salud mental

Desafíos asociados con el incremento en el uso de las salas de emergencia para condiciones relacionadas con la salud mental

Los niños y jóvenes con problemas de salud mental que utilizan la sala de emergencia para recibir tratamiento se enfrentan a desafíos particulares. En las encuestas, el personal de las salas de emergencia informa sobre diversas barreras que impiden brindar un tratamiento integral, tales como:³³

- Tiempos de espera prolongados
- Escasa experiencia y recursos psiquiátricos para niños y adolescentes, ya sea en el lugar o por teléfono (por ejemplo, evaluaciones incompletas, falta de sitios de derivación adecuados y falta de personal de asistencia)
- Calidad inferior de las prácticas de tratamiento

Personal capacitado de forma inadecuada

A pesar de las pruebas que demuestran la relación entre la disponibilidad de cuidado especializado en salud mental en salas de emergencia y las reducciones significativas de la extensión de estadías, y costos relacionados,³⁴ menos del 25% de las salas de emergencia de los hospitales cuentan con un médico para emergencias pediátricas en su personal.³⁵ Además, más del 75% de los programas encuestados de residencia en emergencias generales y pediátricas indican que **no requieren, ni proporcionan, capacitación formal para emergencias relacionadas con la salud mental.**³⁶

Recursos inadecuados, escasos o inexistentes

La falta de personal especializado, fondos, suministros médicos y servicios comunitarios para pacientes ambulatorios son los problemas principales que causan que los hospitales fallen al tratar las emergencias psiquiátricas de forma adecuada. Los recursos inapropiados para respaldar el cuidado de salud mental para niños y jóvenes se encuentran compuestos por un problema mayor con relación a la asignación de recursos para servicios de emergencia para dicho grupo. Los niños y jóvenes constituyen más del 27% de las visitas a salas de emergencia,

pero sólo el 6% de las salas tienen los recursos necesarios para tratar emergencias de estos niños y jóvenes.³⁷

Las investigaciones demuestran que:

- El tratamiento de problemas psiquiátricos en niños es difícil y lleva tiempo. El personal entrevistado de las salas de emergencia apunta a una falta general de recursos en sus salas, y en la comunidad circundante para responder a las necesidades de salud mental de los niños.³⁸
- La contratación de personal para proteger a niños y jóvenes suicidas, homicidas y agresivos que concurren a la sala de emergencia está asociado con un costo significativo.³⁹
- Muchos niños y jóvenes con problemas de salud mental concurren varias veces a la sala de emergencia, lo cual indica tasas elevadas de tratamiento incompleto y falta de seguimiento.⁴⁰

Tiempos de espera y estadía prolongados

Los tiempos de espera en las salas de emergencia para visitas relacionadas con la salud mental pueden durar, en promedio, 5 horas, y puede ser el doble para niños y jóvenes con problemas de salud mental en comparación con aquellos que no tienen tales enfermedades.⁴¹ Los niños y jóvenes mencionados, generalmente, permanecen el doble de tiempo para finalizar la visita a la sala de emergencia que los demás.⁴² La raza/origen étnico y la capacidad para hablar inglés contribuyen a períodos de espera mayores en salas de emergencia para todos los niños y jóvenes. Aquellos de descendencia latina y de familias que no hablan inglés experimentan tiempos de espera más prolongados que los niños y jóvenes blancos o afro-americanos, y que aquellos que provienen de familias que hablan inglés.⁴³

Por lo general, los tiempos de espera prolongados se producen por la gran cantidad de personas que concurren a las salas de emergencia, donde la demanda de servicios supera la disponibilidad de personal y otros recursos.⁴⁴ Un gran factor que contribuye es la falta de tratamiento psiquiátrico comunitario para pacientes internados.⁴⁵ En estas condiciones, la calidad del servicio puede verse perjudicada y el potencial de errores en el cuidado de la salud puede aumentar.⁴⁶ Los síntomas de niños y jóvenes pueden agravarse y pueden causar que estos abandonen la sala de emergencia antes de ser atendidos.

Estándares de cuidado aplicados de forma inconsistente

Evaluaciones psiquiátricas y derivaciones

Se ha registrado una variación considerable en el tratamiento para niños y jóvenes que concurren a las salas de emergencia por problemas de salud mental.⁴⁷

- El 73% de los niños y jóvenes con trastornos emocionales recibió una evaluación de salud mental por parte de un profesional especializado en el área
 - El 44% de los niños y jóvenes con trastornos emocionales fue derivado a hospitales psiquiátricos
 - El 35% de los niños y jóvenes que abusan de las drogas o el alcohol fue derivado a hospitales psiquiátricos
- En un estado, el 23% de los individuos—ya sean adultos, jóvenes o niños—que visitó la sala de emergencias por motivos relacionados con el suicidio fue dado de alta sin que se le haya realizado una evaluación de salud mental.⁴⁸

Los niños y jóvenes que intentan suicidarse, tienen ideas suicidas y se lastiman a sí mismos les plantean importantes desafíos a las salas de emergencia:

- El 30% de los niños y jóvenes que trataron de suicidarse no recibió una evaluación de salud mental por parte de un profesional especializado en el área⁴⁹
- Menos del 40% de las admisiones en salas de emergencia por condiciones relacionadas con lesiones auto-infligidas (envenenamientos y cortes) resultaron en evaluaciones de estado mental⁵⁰
- El 48% de los niños y jóvenes que trataron de suicidarse fue derivado a hospitales psiquiátricos⁵¹

La práctica del hospedaje

Las salas de emergencia desbordadas llevaron a que se “hospedara” a niños y jóvenes listos para la internación en dichas salas hasta que hubiera camas disponibles. En lugar de ser alojados en salas de emergencia, los niños y jóvenes con problemas de salud mental, que requieren internación psiquiátrica, pueden ser admitidos en una sala de pediatría general.

- Una investigación realizada a nivel estatal indica que los niños y jóvenes son alojados hasta 20 horas en la sala de emergencia antes de que haya una cama disponible para la internación psiquiátrica del niño o adolescente.⁵²

- Entre el 33 y el 60% de los niños y jóvenes con problemas de salud mental es admitido en salas de pediatría general mientras esperan una cama para internación psiquiátrica adecuada.⁵³
- Los jóvenes pasan entre 1 y 3.6 días, en promedio, en un piso de salas generales antes de ser derivados a las habitaciones de internación psiquiátrica para niños/adolescentes.⁵⁴
- Los niños y jóvenes afro-americanos tienen más posibilidades de ser alojados que los blancos.⁵⁵
- Los niños y jóvenes con necesidades de salud mental intensas (aquellos con problemas relacionados con lesiones auto-infligidas y violencia) son más propensos a ser alojados en salas de emergencia.⁵⁶
- Entre el 20 y el 50% de las visitas relacionadas con la salud mental infantil y juvenil resultan en admisión para internación, en comparación con las visitas no relacionadas con la salud mental, cuyo porcentaje se encuentra entre el 5.5 y el 9.4.⁵⁷

Los problemas de salud mental pasan desapercibidos

Varios problemas de salud mental no son identificados en las salas de emergencia. Un estudio descubrió que el 72% de los niños y jóvenes con enfermedades mentales que concurren a salas de emergencia también tienen síntomas depresivos desde moderados a agudos.⁵⁸ A un 12% extra de los jóvenes que realizan visitas relacionadas con traumas, y a un 19% de los niños y jóvenes con diagnóstico médico en la sala de emergencia, se les identifican síntomas depresivos desde moderados a graves.⁵⁹ **Sin embargo, las salas de emergencia no evalúan de forma sistemática los problemas de salud mental.**

A su vez, a pesar del reconocimiento difundido de la importancia de los trastornos mentales y físicos concurrentes para satisfacer las necesidades de los niños y los jóvenes con problemas de salud mental, sólo el 35% de las salas de emergencia requieren que se lleve a cabo una serie de análisis médicos al momento de realizar evaluaciones psiquiátricas.⁶⁰ Para los niños y jóvenes, una identificación precisa de sus condiciones físicas y mentales es importante por diversas razones. Algunos problemas de salud física se encuentran asociados con los trastornos de salud mental. Algunos problemas de salud mental se manifiestan como problemas físicos o de salud generales.⁶¹ Además, nuestro creciente conocimiento de las diferencias en la aparición de algunos

problemas de salud mental basados en los antecedentes culturales requieren que se realicen evaluaciones integrales, culturales y lingüísticas adecuadas de aquellos que concurren a la sala de emergencia.⁶²

Los problemas de salud mental no identificados también pueden llevar a que se repitan las visitas. Las visitas repetidas constituyen el 26% de todas las visitas de emergencia pediátrica (tanto por problemas de salud general o mental).⁶³ Más del 5% de las visitas repetidas involucra una falta de diagnóstico.⁶⁴

Otras preocupaciones comunes acerca de la práctica comunitaria reflejada en el cuidado de emergencia

Los niños y jóvenes con trastornos de salud mental y de uso de sustancias, y sus familias, enfrentan barreras para acceder al cuidado comunitario y de emergencia, las cuales se han agravado por diversos factores:

- Escaso compromiso de los padres y los jóvenes
- Poca atención a las necesidades de desarrollo, particularmente para los jóvenes en edad de transición
- Niveles bajos de competencia cultural y lingüística
- Aceptación lenta de prácticas respaldadas empíricamente o basadas en pruebas

Práctica orientada a la familia

Al igual que con la salud mental comunitaria, los servicios de emergencia generalmente no tienen el grado de compromiso de la familia y los jóvenes que se está reconociendo cada vez más como un componente esencial del cuidado de calidad.⁶⁵ La investigación indica que los usuarios de atención primaria que reciben servicios orientados a la familia y perciben que pueden obtener el acceso a dicho servicio tienden a:

- Utilizar la sala de emergencia en menor medida para recibir tratamientos que no son urgentes para los niños pequeños⁶⁶
- Visitar menos la sala de emergencia por motivos que no revisten tal carácter para la juventud⁶⁷

En este aspecto, el movimiento hacia el compromiso familiar en el cuidado de la salud de emergencia continúa creciendo. Los resultados están mezclados. Un pequeño estudio de la práctica orientada a la familia en salas de emergencia de hospitales revela la variación significativa

en políticas y prácticas que promueven la inclusión y el respaldo familiar.⁶⁸

- Significativamente, un tercio de las salas de emergencia poseen una declaración de misión que refleja una filosofía de cuidado orientada a la familia.
- En el cuidado de la salud de emergencia está surgiendo un creciente consenso para que las familias se comprometan más en el cuidado de niños y jóvenes con necesidades de salud mental.⁶⁹
- Más del 66% de las salas de emergencia tratan de que el entorno del lugar sea amigable para los niños y jóvenes, aunque los métodos utilizados para tal fin sean distintos.
- Sólo el 22% de las salas de emergencia permite la presencia de un profesional que brinde atención primaria en todas las situaciones médicas.
- Pocas salas de emergencia poseen grupos de asesoría familiar para que ayuden al diseño del programa. Asimismo, sólo una sala de emergencia afirmó que consulta a los miembros de la familia, con experiencia previa en salas de emergencia, para que ayuden en el desarrollo del programa.
- Ninguna sala de emergencias (que haya participado en el estudio) adapta de forma adecuada a los hermanos que no son pacientes en un entorno supervisado y estructurado; ni les proporcionan regularmente derivaciones para cuidados de atención familiar, servicios de rehabilitación, intervención temprana o servicios relacionados con las familias.⁷⁰

Cuidado apropiado para el nivel de desarrollo: Acceso para los jóvenes en edad de transición

Algunas salas de emergencia reflejan las mismas deficiencias que tienen los servicios de salud mental comunitarios prestados a jóvenes en edad de transición.⁷¹

- Casi el 45% de las salas de emergencia de pediatría tiene límites de edad para el tratamiento de jóvenes de hasta 18 años (el 9% tiene límites de edad inferiores a 18).⁷²
- Para el 50% de las salas de emergencia de pediatría, la edad límite es 21 años.⁷³
- Más del 63% de las salas de emergencia pediátricas no tienen acuerdos preexistentes para la derivación de jóvenes y jóvenes adultos que superan los límites de edad a establecimientos para adultos.⁷⁴

“Está claro que las guardias de los hospitales del país apenas pueden – y en muchos casos no pueden – atender a las demandas diarias y actuales de sus servicios.”

—Carolyn M. Clancy, Directora, Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ)⁸⁰

Competencia lingüística y cultural

Los servicios comunitarios de competencia lingüística y cultural inadecuada contribuyen a una representación desproporcionada de los niños y jóvenes de diversos grupos raciales, étnicos y lingüísticos con escaso acceso a niveles adecuados de intervención y ayuda. Por ejemplo:

- En todos los entornos comunitarios, los niños y jóvenes con problemas de salud mental y sus familias tienen menos posibilidades de recibir los servicios de salud mental necesarios si tienen diversos antecedentes culturales, forman parte de un grupo minoritario con poca representación o provienen de una familia con poca competencia para hablar inglés.⁷⁵
- A su vez, tienen más posibilidades de acceder a los servicios de salud mental mediante el sistema de justicia juvenil.⁷⁶
- En los entornos de las salas de emergencia, los niños y jóvenes de color y aquellos cuya familia tienen una competencia limitada para hablar inglés, sufren las siguientes consecuencias:
 - son identificados de forma escasa y desproporcionada⁷⁷
 - es más probable que experimenten tiempos de espera y estadías más prolongadas⁷⁸
 - es más probable que realicen una visita relacionada con la salud mental por aplicación de la ley⁷⁹

Prácticas respaldadas empíricamente

Las medidas para mejorar la calidad en el cuidado de la salud general y mental se concentran cada vez más en la adopción de prácticas basadas en la evidencia. Los esfuerzos para mejorar la calidad en las salas de emergencia retrasan los esfuerzos para mejorar la calidad en el resto de los servicios de cuidado de la salud.⁸¹ Por ejemplo, un estudio reciente⁸² demostró que:

- Un poco más del 50% de las salas de emergencia responsables se encuentran preparadas, basándose en cinco problemas de salud física.⁸³
- Aproximadamente, el 52% de las salas de emergencia tiene planes de mejora en la calidad para los servicios de pediatría.⁸⁴

De una forma reveladora, estos esfuerzos para implementar medidas de calidad y aumentar el nivel de preparación en las salas de emergencia que prestan sus servicios a niños y jóvenes, no incluyen servicios de salud mental entre la lista de servicios para los cuales se desarrollaron las medidas de calidad.

Una propuesta reciente para desarrollar otras medidas de calidad incluye la salud mental de adolescentes, pero no medidas para la salud mental de niños.⁸⁵ Se prevén evaluaciones del sistema de prestación de salud de emergencia que utilizan estas medidas.

En los servicios comunitarios de salud mental para niños, la aceptación de prácticas basadas en la evidencia ha sido gradual. Aún entre las iniciativas que cuenta con buenos recursos, menos de un tercio de los prestadores informa que implementa de forma consistente las prácticas basadas en la evidencia.⁸⁶

En la medicina de emergencia:

- Menos de un cuarto de las enfermeras de la guardia reciben capacitación en estrategias de reducción de riesgos basadas en la evidencia para la prevención de suicidios.⁸⁷
- Menos de un tercio de estas enfermeras implementa esta práctica.⁸⁸
- Menos de un quinto de dichas enfermeras informa el uso sistemático de estas estrategias en la sala de emergencia donde trabajan.⁸⁹

Las intervenciones y estrategias efectivas para el cuidado de emergencia se basan en la capacitación especializada

Las salas de emergencia de los hospitales pueden cumplir un rol integral al satisfacer las necesidades de salud mental de niños y jóvenes, y derivarlos de forma adecuada para el seguimiento en los servicios comunitarios.

Es más probable que las salas de emergencia con experiencia en salud del comportamiento pediátrico y equipos de crisis establecidos puedan evaluar rutinariamente los problemas de salud mental, conozcan las fuentes de derivación adecuadas y tengan vínculos con los prestadores de servicios comunitarios de salud mental que las salas de emergencia sin dicha experiencia.⁹⁰

Los prestadores de servicios bien capacitados en las salas de emergencia pueden tratar los problemas de salud mental de niños y jóvenes que visitan. Un estudio informa que las mujeres adolescentes con ideas suicidas, y sus madres, que son tratadas en la sala de emergencias utilizando un programa de intervención especializada, tienden a participar más y finalizar el tratamiento comunitario, y presentan menos síntomas de salud mental que aquellas que recibieron el cuidado de emergencia estándar.⁹¹

Las salas de emergencia de pediatría tendían a:

- Identificar y denunciar el abuso infantil.⁹²
- Tratar a niños y jóvenes con problemas de salud en comparación con las lesiones.⁹³
- Atender a niños y jóvenes con necesidades más intensivas.⁹⁴

Legislación que regula los servicios de emergencia

La Ley de Tratamiento y Trabajo de Emergencias Médicas (EMTALA),¹ promulgada en 1986, requiere que las salas de emergencia de los hospitales:

- Realicen evaluaciones médicas para cualquier persona que se presente en una sala de emergencia para solicitar tratamiento.
- Brinden el tratamiento necesario para estabilizar a cualquier persona que necesite atención médica hasta que se realice la derivación adecuada, si fuera necesaria
- Evalúen, estabilicen y/o brinden tratamiento a cualquier persona, independientemente de su condición económica

EMTALA establece:

- La obligación por parte de las salas de emergencia de poseer médicos de guardia disponibles en caso de emergencia con la experiencia necesaria para evaluar y brindar tratamiento
- Condiciones bajo las cuales las personas pueden ser derivadas
- Sanciones civiles por incumplimiento de la ley
- Requisitos para la documentación y comunicación de los derechos de las personas que necesitan servicios de emergencia
- Disposiciones para menores para que brinden consentimiento para su atención

EMTALA define una “condición médica de emergencia” como:

- Una condición médica que se manifiesta por medio de síntomas de gravedad suficiente (entre los cuales se

incluyen dolores agudos) de modo que la ausencia de atención médica inmediata pueda razonablemente:

- poner en grave riesgo la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su bebé),
- perjudicar seriamente las funciones del cuerpo, o
- perjudicar seriamente las funciones de un órgano o parte del cuerpo; o
- Con respecto a una mujer embarazada que tiene contracciones:
 - no hay tiempo suficiente para realizar una derivación segura a otro hospital antes del parto, o
 - que la derivación plantee una amenaza a la salud o seguridad de la madre o del bebé

Las pautas federales describen las emergencias psiquiátricas de la siguiente forma:

“En caso de emergencia psiquiátrica, si una persona expresa pensamientos o gestos suicidas u homicidas, o si demuestra un peligro para sí mismo o para otros, puede considerarse que tenga una EMC [condición médica de emergencia, sic]”²

Fuentes:

1. Código de Regulaciones Federales de LexisNexis. (7 de junio de 2007). Título 42—Salud Pública, Capítulo IV—Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, Departamento de Salud y Servicios Sociales, Subcapítulo G—Normas y Certificación, Parte 489—Contratos de Prestadores y Aprobación de Proveedores, Subparte B—Aspectos Fundamentales del Contrato de Proveedores, <http://web.lexis-nexis.com> (sitio visitado el 10 de junio de 2007).

2. Manual de operaciones estatal: Apéndice V—Pautas de Interpretación—Responsabilidades de los hospitales de Medicare que participan en casos de emergencia (Rev. 1, 21-05-04). (2004). Baltimore, MD: Centros de servicios de Medicare y Medicaid.

Estrategias que funcionan—Un ejemplo de práctica comunitaria

Boston Medical Center, Boston, Massachusetts

El Boston Medical Center ha desarrollado un conjunto de prioridades para satisfacer de forma adecuada las necesidades de niños y jóvenes con problemas de salud mental que concurren a su sala de emergencia.⁹⁵ Entre estas prioridades se incluyen:

- Mantener un ambiente seguro por medio de procedimientos de seguridad en las habitaciones de pacientes y una lista de verificación.
- Establecer un sistema en la recepción de urgencias (triaje) que evalúe el riesgo de seguridad.
- Establecer posturas de defensa de la seguridad de los pacientes que respalden y refuercen un clima de seguridad.
- Crear un equipo de cuidado de emergencia psiquiátrica para niños con especialistas adecuados.
- Desarrollar y conservar un organigrama de pacientes con problemas de salud mental.
- Capacitar al personal de forma constante
- Concentrarse continuamente en la comunicación clara entre niños, jóvenes, familias y proveedores.
- Desarrollar una guía infantil y juvenil/familiar que describa qué puede esperarse en una sala de emergencia.

Estrategias que funcionan—ejemplos de investigación

La investigación sugiere que el control paterno y los síntomas depresivos predicen consecuencias deficientes en los programas de prevención de suicidios.⁹⁶ Las estrategias de las salas de emergencia que tratan de identificar la depresión y derivar adecuadamente a las personas afectadas a proveedores de servicios comunitarios de salud mental, así como de ayudar a las familias a que se comprometan en el seguimiento, pueden contribuir a intervenciones efectivas para niños y jóvenes. Hay herramientas de evaluación breves que pueden detectar de forma precisa los síntomas de depresión en la sala de emergencia.⁹⁷

En otra investigación, el uso de intérpretes psiquiátricos capacitados ha logrado mejorar la calidad en el cuidado de niños y jóvenes provenientes de familias que tienen poco conocimiento de inglés.⁹⁸

Diez medidas de políticas recomendadas

Las mejoras en las experiencias y los resultados de las salas de emergencia se basan fundamentalmente en los aumentos de recursos de salud mental comunitarios. También es necesario que los miembros de la comunidad demanden cambios. Los siguientes pasos darán mejores resultados en la guardia para niños y jóvenes con problemas de salud mental y uso de sustancias que requieren atención.

Las autoridades responsables federales y estatales deben:

- 1) Respalidar iniciativas para capacitar la mano de obra de las salas de emergencia nacionales para que evalúen, intervengan y deriven adecuadamente a salas comunitarias a los niños y jóvenes con trastornos mentales y uso de sustancias, que realizan visitas a las salas de emergencia.
- 2) Solicitar la implementación universal y requerir la cobertura de seguros de terceros de la evaluación (utilizando herramientas estandarizadas) para detectar de forma precisa riesgos suicidas en niños y adolescentes que visitan las salas de emergencia.⁹⁹
- 3) Desarrollar mecanismos a largo y corto plazo para las salas de emergencia para que puedan satisfacer las necesidades únicas de los niños y jóvenes con problemas de salud mental y uso de sustancias, y sus familias. En particular:
 - crear oportunidades para aumentar la experiencia en salud de conducta/psiquiátrica pediátrica en las salas de emergencia;
 - establecer vínculos con tratamientos comunitarios para problemas de salud mental y uso de sustancias.

Las autoridades políticas responsables federales y estatales, y sus pares en comunidades tribales y jurisdicciones locales, deben:

- 4) Brindar mayor tratamiento para problemas de salud mental y uso de sustancias en la comunidad para niños y jóvenes. Esto ayudará a:
 - evitar que algunos problemas de salud mental lleguen al punto en que sea necesaria la intervención de emergencia, y
 - disminuir el uso de las salas de emergencia para la atención de salud mental que no son de emergencia.

Las autoridades políticas responsables federales y estatales, y los líderes de las asociaciones profesionales y de educación superior deben:

- 5) Adoptar una capacitación estandarizada en salud del comportamiento/psiquiátrica pediátrica en programas que preparen a los médicos clínicos y al personal de las salas de emergencia.

Las autoridades políticas responsables federales y estatales, y los líderes de los sistemas de cuidado de salud y organizaciones profesionales tienen la obligación de:

- 6) Crear un documento de consenso para establecer un estándar de atención que trate los problemas relacionados con los niños y jóvenes con enfermedades mentales y abuso de sustancias durante las visitas a la sala de emergencia, y desarrollar medidas para resolver dichos problemas. En particular:
 - desarrollar normas que regulen la práctica de “hospedaje”;
 - establecer pautas para el tratamiento de jóvenes en edad de transición;
 - establecer medidas de calidad para el cuidado de la salud del comportamiento/mental para niños y jóvenes.

Las autoridades políticas responsables federales y estatales y los líderes de los sistemas de cuidado de la salud deben:

- 7) Satisfacer la necesidad de servicios de competencia lingüística y cultural para reducir las desigualdades raciales/étnicas y las que acarrea el escaso conocimiento del idioma inglés, asociadas con el cuidado de emergencia para niños, jóvenes y sus familias.
- 8) Realizar un seguimiento e informar públicamente las consecuencias de niños y jóvenes que concurren las salas de emergencia para obtener servicios de salud mental.
- 9) Promover y adoptar estrategias de compromiso familiar en las salas de emergencia, entre las cuales se incluyen, el uso de miembros de la familia capacitados para asistir en la planificación y la prestación del servicio.
- 10) Adoptar estrategias efectivas comprobadas para la asistencia de emergencia para niños, jóvenes y sus familias con trastornos de salud mental y uso de sustancias.

Notas al pie

1. Masi, R. & Cooper, J. (2006). *Children's mental health: Facts for policymakers (Salud mental infantil: Información para las autoridades políticas responsables)*. New York, NY: Centro Nacional para Niños que Viven en la Pobreza, Universidad de Columbia, Escuela de Salud Pública Mailman.
2. Sills, M. R. & Bland, S. D. (2002). Summary statistics for pediatric visits for US emergency departments, 1993-1999 (Resumen de estadísticas de visitas pediátricas a salas de emergencia de los Estados Unidos, 1993-1999). *Pediatrics*, 110(4), pp. e40-e45.
3. Consejo de Servicios de Salud. (2006). *Hospital-based emergency care: At the breaking point. (Cuidado de emergencia basado en hospitales: en el punto de quiebre.)* Washington, DC: Instituto de Medicina de Academias Nacionales.
4. McCraig, L. F. & Nawar, E. W. (2006). National hospital ambulatory medical care survey: 2004 emergency department summary. (Encuesta de cuidado médico ambulatorio en hospitales nacionales: resumen de departamentos de emergencias de 2004.) *Información avanzada* (372), pp.1-30.
5. Middleton, K. R. & Burt, C. W. (2006). Availability of pediatric services and equipment in emergency departments: United States, 2002-03 (Disponibilidad de servicios pediátricos y equipo en salas de emergencia: Estados Unidos, 2002-03.) *Información avanzada* (367), pp. 1-6.
5. Ibid.
6. Middleton, K. R. (2005). Results of 2002 emergency room pediatrics services and equipment supplement (EPSES) to the National Hospital Medical Care Survey (NHAMCS). (Resultados de la Encuesta Nacional de Atención Médica en Hospitales (NHAMCS) respecto de los servicios pediátricos y suministro de equipos en salas de emergencia (EPSES) del año 2002.) Conferencia MCSH transmitida por Internet presentada en la Reunión Anual de Servicios Médicos de Emergencia Subvencionados para Niños, 12 de abril <www.cadamedia.com/archives/mchb/emsc2005/tue.htm> (sitio visitado el 12 de junio de 2007).
6. Melese-d'Hospital, I. A.; Olson, L. M.; Cook, L., Skokan, E. G.; & Dean, J. M. (2002). Children presenting to emergency departments with mental health problems. (Niños que concurren a las salas de emergencia con problemas de salud mental.) *Medicina de emergencia académica*, 9(528), pp. 528.
- Ver también Sills & Bland en nota al pie 2.
- Grupp-Phelan, J.; Harman, J. S.; & Kelleher, K. (2007). Trends in mental health and chronic condition visits by children presenting for care at U.S. emergency departments (Tendencias en visitas por condiciones crónicas y de salud mental de niños que concurren para recibir atención en salas de emergencia de los Estados Unidos.) *Informes de Salud Pública*, 122(1), pp. 55-61.
7. Christodulu, K. V.; Lichenstein, R.; Weist, M.; Shafer, M. E.; & Simone, M. (2002). Psychiatric emergencies in children. (Emergencias psiquiátricas en niños.) *Cuidado pediátrico de emergencia*, 18, pp. 268-270.
- Ver también Sills & Bland en nota al pie 2.
8. Hartley, D.; Ziller, E.; Loux, S.; Gale, J.; Lambert, D.; & Yousefian, A. (2005). *Mental health encounters in critical access hospital emergency rooms: A national survey (Encuentros de salud mental en salas de emergencia de hospital con acceso crítico: una encuesta nacional)*. Portland, ME: Escuela Muskie de Servicios Públicos.
- Weslar, J. S.; Grossman, J.; Kruesi, M. J. P.; Fenrich, M.; Franke, C.; & Ignatowicz, N. (1998). Youth suicide-related visits in an emergency department serving rural counties: Implications for means restriction (Visitas de jóvenes con tendencias suicidas en una

- sala de emergencias que atiende a condados rurales: implicaciones para la restricción de medios.) *Archivos de Investigación de Suicidios*, 4, pp. 75-87.
9. Santucci, K. A.; Sather, J. E.; & Baker, M. D. (2000). Psychiatric-related visits to the pediatric emergency department: A growing epidemic? (Visitas psiquiátricas a salas de emergencia pediátricas: ¿una epidemia en aumento?) *Medicina de Emergencia Académica*, 7(5), pp. 585.
10. Santucci, K. A.; Sather, J. E.; & Baker, M. D. (2003). Emergency medicine training programs' educational requirements in the management of psychiatric emergencies: Current perspective (Requisitos educativos de los programas de capacitación en medicina de emergencia con respecto al manejo de emergencia psiquiátricas: perspectiva actual.) *Cuidado pediátrico de emergencia*, 19(3), pp. 154-156.
11. Shah, M. V.; Amato, C. S.; John, A. R.; & Dennis, C. G. (2006). Emergency department trends for pediatric and pediatric psychiatric visits. (Tendencias en las visitas psiquiátricas pediátricas y pediátricas en general en las salas de emergencia.) *Cuidado pediátrico de emergencia*, 22(9), pp. 685-686.
12. Ver Grupp-Phelan et al. en la nota al pie 6.
13. Ver nota al pie 7.
14. Ver Christodulu, et al. en la nota al pie 7.
Ver también Melese-d'Hospital, et al. en la nota al pie 6.
- Peele, P. B.; Axelson, D. A.; Xu, Y.; & Malley, E. E. (2004). Uso de servicios médicos y de conducta por parte de adolescentes con desorden bipolar. *Servicios Psiquiátricos*, 55(12).
Ver también Santucci; Sather; & Baker en la nota al pie 9.
15. McCart, M. R.; Davies, W. H.; Phelps, L. R.; Huermann, W.; & Melzer-Lange, M. D. (2006). Psychosocial needs of African American youth presenting to a pediatric emergency department with assault-related injuries (Necesidades psicosociales de jóvenes afroamericanos que concurren a una sala de emergencia con lesiones relacionadas con agresiones.) *Cuidado pediátrico de emergencia*, 22(3), pp. 154-159.
16. Ver Peele, et al. en la nota al pie 14.
17. Santiago, L. I.; Tunik, M. G.; Foltin, G. L.; & Mojica, M. A. (2006). Children requiring psychiatric consultation in the pediatric emergency department epidemiology, resource utilization, and complications. (Niños que requieren una consulta psiquiátrica en la sala de emergencia pediátrica: epidemiología, utilización de recursos y complicaciones.) *Cuidado pediátrico de emergencia*, 22(2), pp. 85-89.
18. Ver también Melese-d'Hospita, et al. en la nota al pie 6.
19. Administración de servicios de salud y abuso de sustancias. (2002). *Emergency Department Trends From the Drug Abuse Warning Network: Final Estimates 1994-2001 (Tendencias del departamento de emergencias de la red de advertencias contra el abuso de drogas: Estimaciones finales 1994-2001)* (Publicación del DHHS N.º (SMA) 02-3635). Rockville, MD: Oficina de Estudios Aplicados.
20. Ibid.
21. Crane, E. & Herman-Stahl, M. (2006). *Disposition of emergency department visits for drug-related suicide attempts by adolescents: 2004. (Disposición de las visitas a las salas de emergencia por intentos de suicidio de adolescentes relacionados con las drogas: 2004.)* Rockville, MD: Oficina de Estudios Aplicados (OAS), Administración de Servicios de Salud y Abuso de Sustancias (SAMHSA).
22. Ver Christodulu, et al. en la nota al pie 7.
Centro Nacional de Estadísticas de Salud. (2006). *Health, United States, 2006 with chartbook on trends on the health of Americans (Salud, Estados Unidos, 2006 con libro de tablas sobre las tendencias en la salud de los estadounidenses.)* Hyattsville, MD: Oficina de Impresión del Gobierno de los Estados Unidos.
23. Kunen, S.; Niederhauser, R.; Smith, P. O.; & Morris, J. A. (2005). Race disparities in psychiatric rates in emergency departments. (Disparidades raciales en los índices de psiquiatría en salas de emergencia.) *Revista de Asesoramiento y Psicología Clínica*, 73(1), pp. 116-126.
24. Ver Christodulu et al. en la nota al pie 7.
Ver Melese-d'Hospital et al. en la nota al pie 6.
Ver Sills & Bland en la nota al pie 2.
25. Ver Hartley, et al. en la nota al pie 8.
26. Ver nota al pie 2.
27. Scheck, A. (2006). Children with psychiatric disorders now younger and more common in emergency departments. (Niños con desórdenes psiquiátricos en la actualidad, más jóvenes y más común en salas de emergencia.) *Noticias sobre Medicina de Emergencia*, 28(1), pp. 34-35.
28. Ver Christodulu, et al. en la nota al pie 7.
Ver Santucci; Sather; & Baker en la nota al pie 9.
Ver Sills & Bland en la nota al pie 2.
29. Almgren, G. & Marcenko, M. O. (2001). Emergency room use among a foster care sample: The influence of placement history, chronic illness, psychiatric diagnosis, and care factors. (Uso de la sala de emergencia entre un grupo en cuidado sustituto: La influencia del historial de ubicaciones, enfermedades crónica, diagnóstico psiquiátrico y factores de cuidado.) *Tratamiento breve e intervención en crisis*, 1(1), pp. 55-64.
30. Stewart, S. E.; Manion, I. G.; Davidson, S.; & Cloutier, P. (2001). Suicidal children and adolescents with first emergency room presentations: Predictors of six-month outcome. (Niños y adolescentes suicidas con primeras concurrencias a salas de emergencia: Vaticinadores del resultado a seis meses.) *Revista de la Academia Estadounidense sobre psiquiatría infantil y adolescente*, 40(5), pp. 580-587.
31. Rubin, D. M.; Alessandrini, E. A.; Feudtner, C.; Localio, A. R.; & Hadley, T. (2004). Placement changes and emergency department visits in the first year of foster care. (Cambios de ubicación y visitas a salas de emergencia en el primer año de cuidado sustituto.) *Pediatría*, 114(3), pp. e354-e360.
32. Ver nota al pie 30.
33. Ver Christodulu, et al. en la nota al pie 7.
34. Mahajan, P.; Thomas, R.; Rosenberg, D. R.; Leleszi, J. P.; Leleszi, L.; Mathur, A.; et al. (2007). Evaluation of a child guidance model for visits for mental disorders to an inner-city pediatric emergency department (Evaluación de un modelo de guía para visitas de niños con desórdenes mentales a una sala de emergencia pediátrica de barrios urbanos marginales.) *Cuidado pediátrico de emergencia*, 33(4), pp. 212-217.
35. Ver Middleton & Burt en la nota al pie 4.
36. Ver nota al pie 10.
37. McCraig, L. F. & Nawar, E. W. (2006). National hospital ambulatory medical care survey: 2004 emergency department summary (Encuesta de cuidado médico ambulatorio en hospitales nacionales: resumen de departamentos de emergencias de 2004.) *Información avanzada* (372), pp.1-30.
Ver también Middleton & Burt en la nota al pie 4.
38. Reder, S. & Quan, L. (2004). Emergency mental health care for youth in Washington state. (Cuidado de salud mental de emergencia para jóvenes en el estado de Washington.) *Cuidado pediátrico de emergencia*, 20(11), pp. 742-748.

39. Ver Christodulu, et al. en la nota al pie 7.
- Currier, G. W. & Allen, M. (2003). Organization and function of academic psychiatric emergency services. (Organización y función de los servicios de emergencia psiquiátricos académicos.) *Psiquiatría de un Hospital General*, 25(2), pp. 124-129.
- Meunier-Sham, J. (2003). Increased volume/length of stay for pediatric mental health patients: One ED's response. (Mayor volumen/duración de las estadias para pacientes pediátricos con problemas de salud mental: respuesta de una sala de emergencias.) *Revista de Enfermería de Emergencia*, 29(3), pp. 229-239.
40. Ver nota al pie 34.
41. Ver Christodulu, et al. en la nota al pie 7.
- Khan, A. N.; Carmel, M.; Rubin, D. H.; & Succoff, S. (2002). Pediatric psychiatric illness in the emergency department—An ignored health care issue. (Enfermedades psiquiátricas en niños en la sala de emergencia—una cuestión médica ignorada.) *Medicina de Emergencia Académica*, 9(5), p 390.
42. Leonard, J. C. & Hodge, D. (2001). A descriptive study of psychiatry-related transfers from pediatric emergency department. (Un estudio descriptivo de los traslados psiquiátricos desde una sala de emergencias pediátrica.) *Medicina de Emergencia Académica*, 8(5), p 466.
43. Hampers, L. C.; Cha, S.; Gutglass, D. J.; Binns, H. J.; & Krug, S. E. (1999). Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department (Barreras idiomáticas y uso de recursos en una sala de emergencias pediátrica.) *Pediatría*, 103(6), pp. 1253-1256.
44. Ver nota al pie 3.
45. Geller, J. L. & Biebel, K. (2006). The premature demise of public child and adolescent inpatient psychiatric beds part I: Overview and current conditions. (La desaparición prematura de camas para niños y jóvenes con problemas psiquiátricos parte I: Visión general y condiciones actuales.) *Psiquiatría, publicación trimestral*, 77, pp. 251-271.
46. Ver nota al pie 3.
47. Ver nota al pie 19.
48. Baraff, L. J.; Janowicz, N.; & Asarnow, J. R. (2006). Survey of California emergency departments about practices for management of suicidal patients and resources available for their care. (Encuesta en salas de emergencia de California acerca de las prácticas de manejo de pacientes con tendencias suicidas y de los recursos disponibles para su atención.) *Anales de Enfermería de Emergencia*, 48(4), pp. 452-458.
49. Ver Melese-d'Hospita, et al. en la nota al pie 6.
- Ofson, M.; Gameroff, M. J.; Marcus, S. C.; Greenberg, T. ; & Shaffer, D. (2005). Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. (Tratamiento de emergencia de personas jóvenes con lesiones auto-inflingidas.) *Archivos de Psiquiatría General*, 62, pp. 1122-1126.
50. Ver Ofson, et al. en la nota al pie 49.
51. Ver nota al pie 19.
52. Ver nota al pie 38.
53. Ver Khan, et al. en la nota al pie 41.
- Mansback, J.; Wharff, E.; Austin, B.; Ginnis, K.; & Woods, E. R. (2003). Which psychiatric patients board on the medical service? (¿Qué pacientes psiquiátricos quedan "alojados" en el servicio médico?) *Pediatría*, 111(6), pp. e693-e698.
54. Ibid.
55. Ver Mansback, et al. en la nota al pie 53.
56. Ibid.
57. Ver Christodulu, et al. en la nota al pie 7.
- Khan et al. en la nota al pie 41. Ver Sills & Bland en la nota al pie 2.
58. Scott, E. G.; Luxmore, B.; Alexander, H.; Renn, R. L.; & Christopher, N. C. (2006). Screening for adolescent depression in a pediatric emergency department. (Evaluación de adolescentes con depresión en salas de emergencia pediátricas.) *Medicina de Emergencia Académica*, 13(5), pp. 537-542.
59. Ibid.
60. Broderick, K. B.; Lerner, E. B.; McCourt, J. D.; Fraser, E.; & Salerno, K. (2002). Emergency physician practices and requirements regarding the medical screening examination of psychiatric patients. (Prácticas y requisitos médicos de emergencia con respecto a exámenes médicos de pacientes psiquiátricos.) *Medicina de Emergencia Académica*, 9(1), pp. 88-92.
61. Campo, J. V.; Bridge, J.; Ehmann, M.; Altman, S., Lucas, A., Birmaher, B.; et al. (2004). Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. (Dolor abdominal recurrente, ansiedad y depresión en la atención primaria.) *Pediatría*, 113(4), pp. 817-924.
62. Departamento de Servicios Sociales de los Estados Unidos (DHHS). (2001). *Mental health: Culture, race, and ethnicity— a supplement to mental health: A report of the Surgeon General. (Salud mental: cultura, raza, y origen étnico— un complemento para la salud mental: un informe del Cirujano General.)* Rockville, MD: Oficina de Impresión del Gobierno de los Estados Unidos.
63. Alpern, E. A.; Donaldson, A. E.; Alessandrini, E. A.; Gorelick, M. H.; Stanley, R. M.; Teach, S. J.; et al. (2005). Epidemiology of pediatric emergency department recurrent visits. (Epidemiología de visitas recurrentes a la sala de emergencia pediátrica.) *Medicina de Emergencia Académica*, 12(5), pp. 108-109.
64. Zimmerman, D. R.; McCarten-Gibbs, K.; DeNoble, D. H.; Borger, C.; Fleming, J.; Hsieh, M., et al. (1996). Repeat pediatric visits to a general emergency department. (Visitas pediátricas recurrentes a una sala general de emergencia.) *Anales de Enfermería de Emergencia*, 28(5), pp. 467-473.
65. Dababnah, S. & Cooper, J. (2006). *Challenges and opportunities in children's mental health: A view from families and youth. (Desafíos y oportunidades en la salud mental infantil: una visión de las familias y los jóvenes.)* New York, NY: Centro Nacional para Niños que Viven en Pobreza, Universidad de Columbia, Escuela de Salud Pública Mailman.
66. Brousseau, D. C.; Hoffman, R. G.; Nattinger, A. B.; Flores, G.; Zhang, Y.; & Gorelick, M. H. (2007). Quality of primary care and subsequent pediatric emergency department utilization. (Calidad en la atención primaria y el uso subsiguiente de salas de emergencia pediátricas.) *Pediatría*, 119, pp. 1131-1138.
67. Ibid.
68. Eckle, N.; & MacLean, S. L. (2001). Assessment of family-centered care and policies for pediatric patients in nine US emergency departments. (Evaluación de asistencia y políticas centradas en la familia para pacientes pediátricos en nueve salas de emergencia de los Estados Unidos.) *Revista de Enfermería de Emergencia*, 27(3), pp. 238-245.
69. Academia Estadounidense de Pediatría & Universidad Estadounidense de Médicos de Emergencia. (2006). Patient- and family-centered care and the role of the emergency physician providing care to a child in the emergency room. (Asistencia centrada en el paciente y su familia y la función del médico de emergencia que atiende a un niño en una sala de emergencia.) *Pediatría*, 118(5), pp. 2242-2244.
70. Ver nota al pie 68.
71. Ver Dababnah & Cooper en la nota al pie 65.

- Davis, M.; Geller, J. L. & Hunt, B. (2006). Within-state availability of transition-to-adulthood services for youths with serious mental health conditions. (Disponibilidad dentro del estado de servicios de transición de la adolescencia a la adultez para jóvenes con condiciones mentales graves.) *Servicios Psiquiátricos*, 57(11), pp. 1594-1599.
72. Dobson, J. V.; Bryce, L.; Glaeser, P. W.; & Losek, J. D. (2007). Age limits and transition of health care in pediatric emergency medicine. (Límites de edad y transición del cuidado de la salud en medicina de emergencia pediátrica.) *Cuidado pediátrico de emergencia*, 23(5), pp. 294-297.
73. Ibid.
74. Ibid.
75. Flores, G.; Abreu, M.; Olivar, M.; & Kastner, B. (1998). Access barriers to health care for Latino children. (Barreras de acceso a la salud para niños latinos.) *Archivos de Medicina Pediátrica y Adolescencia*, 152(11), pp. 1119-1125.
- Kataoka, S.; Zhang, L.; & Wells, K. (2002). Unmet need for mental health care among U.S. children: Variation by ethnicity and insurance status. (Necesidades no satisfechas para el cuidado de salud mental entre niños de Estados Unidos: variación por origen étnico y seguro médico.) *Revista Americana de Psiquiatría*, 159(9), pp. 1548-1555.
76. Neeley-Bertrand, D. (2001). Mental health and child welfare: Waiting for care. (Salud mental y bienestar infantil: esperando atención) [Versión electrónica]. *La voz de los niños*. <www.cwla.org/articles/cv0105mentalhealth.htm> (sitio visitado el 12 de junio de 2007).
77. Ver nota al pie 23.
78. Ver nota al pie 43.
79. Evans, M. E. & Boothroyd, R. A. (2002). A comparison of youth referred to psychiatric emergency services: Policy versus other sources. (Una comparación de los jóvenes derivados a servicios de emergencia psiquiátricos: Políticas versus otros recursos.) *Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría y Derecho*, 30(5), pp. 185-191.
80. Clancy, C. M. (2007). ARHQ update emergency departments in crisis: Opportunities for research. (Actualización de departamentos de emergencia en crisis de ARHQ: oportunidades de investigación.) *Investigación de Servicios de Salud*, 42(1), pp. xiii-xx.
81. Kizer, K. (2002). The emerging imperative for health care quality improvement. (El imperativo emergente para mejorar la calidad de la atención de salud.) *Medicina de Emergencia Académica*, 9, pp. 1078-1078.
82. Gausche-Hill, M. (2005). Implementation and evaluation of care of children in the emergency department: guidelines for preparedness. (Implementación y evaluación de cuidado de niños en salas de emergencia: pautas para estar preparado.) *Servicios médicos de emergencia para niños: Reunión Anual para Subvencionados*, <www.cadamedia.com/archives/mchb/emsc2005/tue.htm> (sitio visitado el 12 de junio de 2007).
83. Ibid.
84. Ibid.
85. Guttman, A.; Razaq, A.; Lindsay, P.; Zagorski, B.; & Anderson, G. M. (2006). Development of measures of the quality of emergency department care for children using a structured panel process. (Desarrollo de medidas de calidad para el cuidado en salas de emergencia para niños que usan un proceso de panel estructurado.) *Pediatría*, 118(1), pp. 114-123.
86. Walrath, C. M.; Sheehan, A.; Holden, E. W.; Hernandez, M.; & Blau, G. (2006). Evidence-based treatments in the field: A brief report on provider knowledge, implementation, and practice. (Tratamientos basados en la evidencia en este campo: un breve informe sobre la práctica, implementación y conocimiento de los proveedores.) *La revista de Investigación y Servicios de Salud de la Conducta*, 33(2), pp. 244-253.
87. Grossman, J.; Dantes, A.; Kruesi, M. J. P.; Pennington, J.; & Fendrich, M. (2003). Emergency nurses' responses to a survey about means restriction: An adolescent suicide prevention strategy. (Respuestas de enfermeras de emergencia a una encuesta acerca de la restricción de medios: Estrategia de prevención suicida adolescente.) *Revista de la Asociación de Enfermeras especializadas en Psiquiatría de los Estados Unidos*, 9, pp. 77-85.
88. Ibid.
89. Ibid.
90. Ver nota al pie 7.
91. Borus-Rotheram, M. J.; Piacentini, J.; Cantwell, C.; Belin, T. R.; & Song, J. (2000). The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. (El impacto de 18 meses de una intervención en una sala de emergencia para adolescentes mujeres con intentos de suicidio.) *Revista de Asesoramiento y Psicología Clínica*, 68(6), pp. 1081-1093.
92. Trokel, M.; Waddimba, A.; Griffith, J.; & Sege, R. (2006). Variation in the diagnosis of Child abuse in severely injured infants. (Variación en el diagnóstico de abuso de menores en niños grave-mente heridos.) *Pediatría*, 117(3), pp. 722-728.
93. Bourgeois, F. & Shannon, M. W. (2007). Emergency care for children in pediatric and general emergency departments. (Asistencia de emergencia para niños en salas de emergencia generales y pediátricas.) *Cuidado pediátrico de emergencia*, 23(2), pp. 94-102.
94. Ibid.
95. Ver Meunier-Sham en la nota al pie 39.
96. Huey, S. J.; Henggeler, S. W.; Rowland, M. D.; Halliday-Boykins, C. A.; Cunningham, P.; & Pickrel, S. G. (2005). Predictors of treatment response for suicidal youth referred for emergency psychiatric hospitalization. (Vaticinadores de respuesta al tratamiento para jóvenes suicidas derivados a internación psiquiátrica de emergencia.) *Revista de Psicología Clínica para Niños y Adolescentes*, 34(3), pp. 582-589.
97. Horowitz, L. M.; Wang, P. S.; Koocher, G. P.; Burr, B. H.; Fallon Smith, M.; Klavon, S.; et al. (2001). Detecting suicide risk in a pediatric emergency department. Development of a brief screening tool. (Detección del riesgo de suicidio en una sala de emergencia pediátrica. Desarrollo de una herramienta de evaluación.) *Pediatría*, 107(5), pp. 1133-1137.
- Rutman, M. S.; Shenassa, E.; Chun, T.; & Becker, B. M. (2006). A brief screen for adolescent depression in the emergency department. (Una evaluación breve para detectar depresión adolescente en la sala de emergencia.) *Medicina de Emergencia Académica*, 13(51), p 5195.
98. Karliner, L. S.; Jacobs, E. A.; Chen, A. H.; & Mutha, S. (2006). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. (¿Los intérpretes profesionales mejoran el cuidado clínico para pacientes con conocimiento escaso de inglés? Una revisión sistemática de documentación.) *Investigación de Servicios de Salud*, 42(2), pp. 727-754.
99. Ver Horowitz et al. en la nota al pie 97.

