

UNIVERSIDAD DE DEUSTO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y CIENCIAS DE LA EDUCACION

SECCION PSICOLOGIA

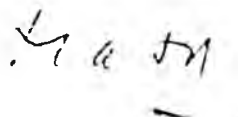
EPIDEMIOLOGIA ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

DEMANDA, DIAGNOSTICO Y CONTINUIDAD TERAPEUTICA

Tesis doctoral presentada por D^a. Mari Carmen Manjón Ortega

Dirigida por el Dr. Alberto Lasa Zulueta

EL DIRECTOR



EL DOCTORANDO



Bilbao, Junio 1.993

A JAIME y XABIER.

A mi familia

Y amigos.

INDICE

JUSTIFICACIÓN	1
I. PARTE TEORICA	4
1.1. EPIDEMIOLOGIA EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.	5
1.1.1. Objetivos de los estudios epidemiológicos.	9
1.1.2. Conceptos	14
1.1.2.1. Prevalencia e Incidencia.	14
1.1.2.2. Concepto de "Caso".	17
1.1.2.3. Estandarización de los datos:	19
Registro de Casos en Salud Mental Infanto-Juvenil.	
1.1.3. Antecedentes en Psiquiatría Infantil.	25
1.1.4. Características específicas de los estudios epidemiológicos en Psiquiatría Infanto-Juvenil	31
1.1.5. Perspectivas de los estudios epidemiológicos en Salud Mental Infanto-Juvenil.	37
1.2. DIAGNOSTICO Y CLASIFICACIONES EN PSIQUIATRIA INFANTIL	44
1.2.1. Diagnóstico en Psiquiatría Infantil.	45
1.2.2. Clasificaciones Diagnósticas.	50
1.2.2.1. Principales Clasificaciones Diagnósticas en Psiquiatría Infanto-Juvenil.	55
1.2.3. Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA).	61
1.2.3.1. Descripción.	61
1.2.3.2. Modo de utilización.	72
1.2.3.3. Equivalencia entre CFTMEA y la CIE-10	75
1.3. TRATAMIENTO EN PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL	86
1.3.1 Diferentes modos de continuidad terapéutica en Psiquiatría Infantil ...	93

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Alberto Lasa, director de esta tesis Doctoral, por su apoyo, dedicación y especialmente por la motivación transmitida durante muchos años con su enseñanza en el campo de la Salud Mental Infanto-Juvenil.

A los compañeros que comparten conmigo el trabajo en la Unidad de Psiquiatría Infantil de Vitoria.

Al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco por su ayuda en la realización de la investigación centrada en el Análisis de la Demanda, y a las personas que participaron conmigo en ella.

A María Luisa Castillo y a Margarita Hernanz que con su apoyo y ayuda han hecho posible que me decidiera a terminar esta investigación.

A Jose Antonio Oleaga y Juan Etxebarria por su asesoramiento en el trabajo del procesamiento estadístico de los datos.

A Javier Manjón y Manuel Hernanz por la ayuda en el trabajo informático.

Deseo igualmente agradecer a Pedro Muñoz y Angel Padierna por su atención y orientación metodológica.

II PARTE : METODOLOGIA	103
2.1 OBJETIVOS E HIPOTESIS DEL TRABAJO	105
2.2 METODO Y MATERIAL.	108
2.2.1 Descripción de la Unidad de Psiquiatria Infantil de Alava	108
2.2.2 Población: Censo	110
2.2.3 Selección de la muestra: Sujetos	111
2.2.4 Diseño y análisis estadísticos	111
2.2.5 Variables descriptivas	112
2.2.6 Definición operativa de los motivos de consulta	115
2.2.7 Instrumentos :	117
2.2.7.1. Cuestionario de la demanda	119
2.2.7.2. Cuestionario de los datos clínicos	127
 III PARTE : DESCRIPCION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	 132
3.1 ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA DEMANDA	133
3.1.1 Edad	134
3.1.2 Sexo	136
3.1.3 Edad y sexo	137
3.1.4 Escolaridad	139
3.1.5 Lugar de nacimiento	140
3.1.6 Lugar de nacimiento de los padres	141
3.1.7 Composición y estatus familiar	142
3.1.8 Motivos de consulta	145
3.1.9 Relación motivos de consulta y edad	147
3.1.10 Relación motivos de consulta y sexo	153
3.1.11 Por qué están preocupados	159
3.1.12 Desde cuando les preocupa	160
3.1.13 Consultaron anteriormente con algún profesional	161
3.1.14 Cuando consultaron por primera vez	162
3.1.15 Por qué consultan ahora	163
3.1.16 Quien envía	164
3.1.17 Relación quien envía y edad	166
3.1.18 Relación quien envía y sexo	167
3.1.19 Profesionales consultados y en qué orden	169
3.1.20 Tratado antes por este u otro motivo	171
3.1.21 Síntesis y conclusiones	172

3.2 ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS DATOS CLÍNICOS . . . 177

3.2.1 Exploración diagnóstica	178
3.2.2 Diagnóstico	179
3.2.2.1 Diagnóstico Principal:	
Análisis de las categorías clínicas de base	180
3.2.2.2 Diagnóstico Complementario:	
Análisis de las categorías clínicas	198
3.2.2.3 Factores orgánicos	205
3.2.2.4 Factores y condiciones del medio	208
3.2.3 Antecedentes psiquiátricos de los padres	212
3.2.4 Orientación terapéutica	215
3.2.5 Tipo de tratamiento indicado	216
3.2.5.1 Tratamiento indicado y Diagnóstico	218
3.2.6 Aceptación del tratamiento	221
3.2.7 Duración del tratamiento	222
3.2.8 Estado de alta	225
3.2.9 Movimiento Asistencial	227
3.2.10 Síntesis y conclusiones	228

3.3 ANALISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS EN RELACIÓN A LA DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPÉUTICA 235

Diferente continuidad terapéutica y :

3.3.1 Edad	237
3.3.2 Sexo	240
3.3.3 Edad de los padres	243
3.3.4 Situación laboral de los padres	248
3.3.5 Situación familiar	253
3.3.6 Por qué están preocupados	257
3.3.7 Motivos de consulta	261
3.3.8 Quien envía	267
3.3.9 Diagnóstico principal	271
3.3.10 Factores orgánicos	278
3.3.11 Factores ambientales o de desarrollo	281
3.3.12 Antecedentes psiquiátricos de los padres	285
3.3.13 Tipo de tratamiento indicado	290
3.3.14 Síntesis y conclusiones	295

IV : REVISION DE LOS RESULTADOS DE NUESTRA INVESTIGACION Y OTROS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS	308
4.1 Edad	311
4.2 Sexo	315
4.3 Situación familiar en la convivencia del niño	317
4.4 Quien envía	319
4.5 Diagnóstico	322
4.6 Movimiento Asistencial; Prevalencia-Incidencia	327
 V CONCLUSIONES:	 332
5.1 Hipótesis de trabajo	333
5.2 Conclusiones generales	339
 BIBLIOGRAFÍA	 351
 A N E X O	 415

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad	134
Tabla 2. Intervalos de edad	135
Tabla 3. Sexo	136
Tabla 4. Edad y sexo. Significatividad de la relación	137
Tabla 5. Escolaridad	139
Tabla 6. Lugar de nacimiento	140
Tabla 7. Lugar de nacimiento de los padres	141
Tabla 8. Número de hermanos	142
Tabla 9. Orden de hermanos	142
Tabla 10. Edad, estudios y trabajo de los padres	143
Tabla 11. Situación familiar en la convivencia del niño	143
Tabla 12. Motivos de consulta	145
Tabla 13. Motivos de consulta y edad. Significatividad de la relación	147
Tabla 14. Motivos de consulta y sexo. Significatividad de la relación	153
Tabla 15. Por qué están preocupados	159
Tabla 16. Desde cuándo están preocupados	160
Tabla 17. Consultaron anteriormente con algún profesional	161
Tabla 18. Cuando consultaron por primera vez	162
Tabla 19. Por qué consultan ahora en la U.P.I	163
Tabla 20. Quién envía	164
Tabla 21. Agrupación por estamentos respecto a quién envía	165
Tabla 22. Quién envía y edad	166
Tabla 23. Quién envía y sexo	167
Tabla 24. Con qué profesionales consultaron y en qué orden	169
Tabla 25. Ha sido tratado anteriormente por éste u otro motivo	171
Tabla 26. Diagnóstico principal	180
Tabla 27. Subcategorías clínicas de la psicosis	183
Tabla 28. Subcategorías clínicas de la neurosis	184
Tabla 29. Subcategorías clínicas de la patología de la personalidad	187
Tabla 30. Subcategorías de los trastornos reactivos	188
Tabla 31. Subcategorías de las deficiencias mentales	190
Tabla 32. Subcategorías de los trastornos de las funciones instrumentales	192
Tabla 33. Subcategorías de los trastornos de expresión somática y/o comportamental	194
Tabla 34. Subcategorías de variaciones de la norma	196
Tabla 35. Diagnóstico complementario	198
Tabla 36. Subcategorías de los trastornos instrumentales. Diagnóstico complementario	200

Tabla 37. Subcategorías de los trastornos ligados al uso de drogas y alcohol del diagnóstico complementario	202
Tabla 38. Subcategorías de los trastornos de expresión somática y/o comportamental del diagnóstico complementario	203
Tabla 39. Factores Orgánicos	205
Tabla 40. Factores y condiciones del medio	208
Tabla 41. Subcategorías de los factores y condiciones del medio	210
Tabla 42. Antecedentes psiquiátricos de los padres	212
Tabla 43. Orientación terapéutica	215
Tabla 44. Tipo de tratamiento indicado	216
Tabla 45. Tratamiento y diagnóstico principal. Significatividad de la relación	218
Tabla 46. Aceptación del tratamiento	221
Tabla 47. Duración del tratamiento	222
Tabla 48. Diferente continuidad terapéutica e intervalos de edad	239
Tabla 49. Diferente continuidad terapéutica y sexo	242
Tabla 50. Diferente continuidad terapéutica y edad del padre	246
Tabla 51. Diferente continuidad terapéutica y edad de la madre	247
Tabla 52. Diferente continuidad terapéutica y situación laboral del padre	251
Tabla 53. Diferente continuidad terapéutica y situación laboral de la madre	252
Tabla 54. Diferente continuidad terapéutica y situación familiar	256
Tabla 55. Diferente continuidad terapéutica y por qué están preocupados	260
Tabla 56. Diferente continuidad terapéutica y motivos de consulta	265
Tabla 57. Diferente continuidad terapéutica y quién envía	270
Tabla 58. Diferente continuidad terapéutica y diagnóstico principal	276
Tabla 59. Diferente continuidad terapéutica y agrupación diagnóstica	277
Tabla 60. Diferente continuidad terapéutica y factores orgánicos	280
Tabla 61. Diferente continuidad terapéutica y factores ambientales	283
Tabla 62. Diferente continuidad terapéutica y factores ambientales agrupados	284
Tabla 63. Diferente continuidad terapéutica y antecedentes psiquiátricos del padre . .	288
Tabla 64. Diferente continuidad terapéutica y antecedentes psiquiátricos de la madre .	289
Tabla 65. Diferente continuidad terapéutica y tipo de tratamiento indicado	294
Tabla 66. Distribución de las peticiones de consulta según la edad en diferentes Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil y nuestra Unidad	312
Tabla 67. Distribución de las peticiones de consulta según grupos de edad en diferentes Unidades de Psiquiatría Infantil y nuestra Unidad	313
Tabla 68. Distribución de los sujetos según el sexo en otros estudios y nuestra investigación. Porcentajes y sex-ratios	315
Tabla 69. Convivencia familiar. Resultados de nuestra investigación y otros estudios	317
Tabla 70. Quién envía. Resultados de nuestra investigación y otros estudios	319

Tabla 71. Distribución de los diagnósticos según la Clasificación Francesa (CFTMEA) en diferentes Unidades y nuestra Unidad	323
Tabla 72. Distribución de los diagnósticos según la existencia o no de patología en diferentes estudios y nuestra investigación	326
Tabla 73. Prevalencia de trastornos psiquiátricos infanto-juveniles en estudios comunitarios	328
Tabla 74. Tasas de prevalencia de trastornos mentales en la infancia en la práctica pediátrica	329
Tabla 75. Movimiento asistencial en las Unidades de Psiquiatría Infantil. Resultados de nuestra investigación y otros estudios	330

INDICE DE CUADROS

Cuadro I. Edad y motivos de consulta. Relación	151
Cuadro II. Relación sexo y motivos de consulta	158
Cuadro III. Diferente continuidad terapéutica y motivos de consulta	261
Cuadro IV. Diferente continuidad terapéutica y diagnóstico principal	271
Cuadro V. Diferente continuidad terapéutica y tipo de tratamiento indicado	290

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Distribución de la población según la edad en que consultan	134
GRAFICO 2. Intervalos de edad	135
GRÁFICO 3. Distribución de la población según el sexo	136
GRAFICO 4. Escolaridad	139
GRAFICO 5. Número de hermanos	142
GRAFICO 6. Orden entre los hermanos	142
GRAFICO 7. Edad de los padres	143
GRAFICO 8. Estudios de los padres	143
GRAFICO 9. Situación familiar en la convivencia del niño	143
GRAFICO 10. Motivos de consulta	145
GRAFICO 11. Por qué están preocupados	159
GRAFICO 12. Desde cuando están preocupados por el problema	160
GRAFICO 13. Consultaron anteriormente con algún profesional	161
GRAFICO 14. Cuando consultaron por primera vez	162
GRAFICO 15. Por qué consultan ahora en la Unidad	163
GRAFICO 16. Quién envía	164
GRAFICO 17. Agrupación por estamentos respecto a quién envía	165
GRAFICO 18. Quién envía y edad	166
GRAFICO 19. Quién envía y sexo	167
GRAFICO 20. Tratado anteriormente por otro motivo	171
GRAFICO 21. Tratado anteriormente por el mismo motivo	171
GRAFICO 22. Diagnóstico principal	181
GRAFICO 23. Trastornos neuróticos.	185

GRAFICO 24. Factores y condiciones del medio.	209
GRAFICO 25. Antecedentes psiquiátricos de los padres	213
GRAFICO 26. Orientación terapéutica	215
GRAFICO 27. Tipo de tratamiento indicado	217
GRAFICO 28. Diferente continuidad terapéutica y edad	237
GRAFICO 29. Diferente continuidad terapéutica y sexo	240
GRAFICO 30. Diferente continuidad terapéutica y edad del padre	243
GRAFICO 31. Diferente continuidad terapéutica y edad de la madre	243
GRAFICO 32. Diferente continuidad terapéutica y situación laboral del padre	248
GRAFICO 33. Diferente continuidad terapéutica y situación laboral de la madre	248
GRAFICO 34. Diferente continuidad terapéutica y situación familiar	253
GRAFICO 35. Diferente continuidad terapéutica y por qué están preocupados	257
GRAFICO 36. Diferente continuidad terapéutica y quién envía	267
GRAFICO 37. Diferente continuidad terapéutica y diagnóstico principal	271
GRAFICO 38. Diferente continuidad terapéutica y factores orgánicos	278
GRAFICO 39. Diferente continuidad terapéutica y factores ambientales	281
GRAFICO 40. Diferente continuidad terapéutica y antecedentes psiquiátricos del padre	285
GRAFICO 41. Diferente continuidad terapéutica y antecedentes psiquiátricos de la madre	285
GRAFICO 42. Diferente continuidad terapéutica y tipo de tratamiento indicado	290
GRAFICO 43. Resultados de la edad en diferentes Unidades de Psiquiatría Infantil y nuestra Unidad	314
GRAFICO 44. Sex-ratio: Resultados de nuestra investigación y otros estudios	316
GRAFICO 45. Quién envía: Resultados de nuestra investigación y otros estudios	321

JUSTIFICACION

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años la literatura psiquiátrica se ha visto enriquecida por estudios referidos al análisis de la población que acude a los dispositivos de Salud Mental. En este país y en la actualidad, los estudios epidemiológicos y su aplicación en el campo de la Salud Mental Infanto-Juvenil, son recientes y todavía escasos.

La Coordinadora General de Asociaciones de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia y Adolescencia en 1990, puso énfasis en las necesidades de la asistencia infanto-juvenil en este país, insistiendo en que debe propiciarse un mejor conocimiento de los problemas infantiles y la necesidad de recursos asistenciales, ya que: "La mayor parte de los graves problemas psiquiátricos se organizan en la infancia y en la adolescencia"

El interés por un mayor conocimiento de la población que atendemos en Salud Mental Infanto-Juvenil, así como la necesidad de alternativas preventivas y asistenciales, ha sido una de las motivaciones impulsoras del trabajo que en esta memoria se expone.

Esta tesis intenta, en su primera parte, la revisión teórica de las aportaciones epidemiológicas y las características específicas de estos estudios en Salud Mental Infantil, así como el interés por el diagnóstico en la práctica de la Psiquiatría Infantil y las nuevas corrientes nosográficas. Por último, se recogen los escasos estudios sobre los diferentes modos de permanencia en la Red Asistencial.

En la segunda parte práctica, se desarrolla el estudio epidemiológico descriptivo y correlacional de una cohorte que acude a la Unidad de Psiquiatría Infantil de Alava, permitiendo no sólo el análisis de la Demanda, Diagnóstico y Tratamiento sino también la evolución y la respuesta asistencial durante el período de dos años. También se analiza, los diferentes modos de permanencia en esta Unidad estableciendo el perfil de los pacientes con diferente continuidad terapéutica.

La justificación del trabajo descrito en esta tesis se sitúa, por lo tanto, en una doble perspectiva: **Clínico y Asistencial**.

I. PARTE TEORICA

EPIDEMIOLOGIA EN SALUD MENTAL

INFANTO - JUVENIL

1.1. EPIDEMIOLOGIA EN SALUD MENTAL INFANTO - JUVENIL

El aporte de la Epidemiología, en el terreno específico de la Salud Mental, debe ser una contribución decisiva, no sólo a la puesta en funcionamiento de un sistema que permita un mayor conocimiento del estado de la Salud Mental de la comunidad, sino también el análisis y elaboración de criterios que sirvan de base a la unificación de factores preventivos y asistenciales.

En esta línea, Muñoz (1.981) expresa que la epidemiología no sólo va a proveer a la psiquiatría de un cuerpo de conocimientos empíricos sobre quiénes, dónde, cuándo y por qué llegan los sujetos a ser enfermos mentales, sino que también va a servir de fundamento para dos importantes acciones dentro de la misma: la prevención en cualquiera de sus tres niveles y la planificación de los recursos asistenciales.

Concepto y definición

Existen muchas acepciones del término "epidemiología". Etimológicamente hablando, es un vocablo que deriva de la lengua griega y está compuesto por epi (sobre), demos (pueblo) y logos (ciencia). Esta descripción nos da ya idea de lo que el término implica.

Una de las definiciones más claras es la que da Lilienfeld (1983). La describe como el estudio de la distribución de la enfermedad y de los factores que influyen sobre esta distribución.

El acercamiento epidemiológico a la psiquiatría fue claramente resumido en el trabajo del Comité Experto de la O.M.S. en 1.960. En él se dice que "los problemas del estudio de la susceptibilidad individual y los efectos modificadores del entorno o hábitat sobre los riesgos de sufrir una enfermedad, son esencialmente similares, tanto en las enfermedades transmisibles como en otras variedades de enfermedad. En consecuencia, los métodos que han sido utilizados sucesivamente con tanto éxito para descubrir el origen y modo de distribución de enfermedades asociadas con infecciones, se han aplicado cada vez más al estudio de las enfermedades mentales, y se ha hecho ampliamente aceptable el uso del término epidemiología, que implica el estudio de la distribución y comportamiento de las enfermedades en distintas condiciones de vida en las comunidades humanas".

Para San Martín (1.981) es la aplicación de la ecología a los problemas de salud, en el sentido de que es un estudio con enfoque social que contempla a la población desde su realidad socioeconómica y ambiental, es decir, en el contexto natural en el que vive. Por eso, este mismo autor (San Martín, 1981) la define así: "La epidemiología es una disciplina fundamentada en la ecología, en la estadística y en el método científico de análisis (hipotético-deductivo) cuyo objetivo básico es el estudio descriptivo (epidemiología descriptiva) y analítico (epidemiología analítica) de la salud-enfermedad como fenómenos no solamente biológico-ecológicos, sino también como fenómenos sociales, económicos y políticos" (Cf. Martí Tusquets y Murcia, 1.987).

En la misma línea, Rey Calero (1.982) añade a la definición el establecimiento de las causas, mecanismos y procedimientos que tiendan a promover y mejorar la salud.

La pregunta básica que se formula el epidemiólogo es: ¿Cuál es la frecuencia de una conducta en una sociedad específica?. ¿quiénes, dónde, cuándo y por qué llegan a sufrir una alteración?.

Cuestiones que, en definitiva, son sobre las que Fletcher (1.989) se interroga en el ámbito de la medicina, pero que en el ámbito clínico infantil podrían formularse así:

Aspecto	Preguntas
Normalidad\Anormalidad	¿Este niño presenta patología o no?
Diagnóstico	¿Qué alteración o trastorno presenta?.
Frecuencia	¿Cuál es la frecuencia con la que se presenta el problema?.
Riesgo	¿Qué factores están asociados con una probabilidad aumentada de tener esta alteración o trastorno?.
Pronóstico	¿Cuáles son las consecuencias de tener el problema?
Tratamiento	¿Cómo cambia el tratamiento el curso del problema?.
Prevención	¿Mejora el curso del trastorno una detección y tratamiento tempranos?.
Causa	¿Qué condiciones producen el problema?.

1.1.1. OBJETIVOS DE LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS

La epidemiología intenta responder a las cuestiones anteriormente expuestas a través de una metodología específica, valiéndose de la estadística y utilizando los diseños ya existentes en otras ciencias, pero aplicándolas en función de los objetivos específicos y del ámbito en que se desarrolla.

Los objetivos de los estudios epidemiológicos son:

- Conocer la frecuencia y distribución de una alteración en una población bien en su totalidad o de un grupo determinado.
- Determinar los factores influyentes en la frecuencia y distribución de los trastornos.
- Analizar las características, factores causales o vinculantes, psico-socio-ambientales, que vienen a constituir los factores de riesgo.
- Establecer y evaluar los tipos de intervención en función de la alteración o trastorno.
- Comparar poblaciones que presentan la alteración.
- Proveer los recursos que deben implantarse.

- Optimizar la utilización de los recursos y servicios existentes en la comunidad con fines preventivos y terapéuticos.

Cooper y Morgan (1.973) y Rumeau-Rouquette (1.972) engloban estos objetivos en lo que llaman los "tres objetivos fundamentales de la epidemiología":

a) **Investigación etiológica:** Búsqueda de factores causales, intentando aislar distintos factores predisponentes y determinantes en Salud Mental con el fin de poner a punto medidas de prevención e identificación de grupos de alto riesgo.

b) **Aplicaciones clínicas:** Analizar los datos clínicos, diagnósticos, tratamientos y la evaluación de las intervenciones con el fin de elevar el nivel de salud de la población.

c) **Planificación de Servicios de Salud Mental:** Evaluar y organizar las actividades y actuaciones más eficaces para satisfacer las necesidades de la Salud Mental de la población, teniendo en cuenta los recursos disponibles. Es decir, incidiendo en las medidas administrativas-asistenciales para optimizar los Servicios.

En la actualidad y dentro del campo de la Salud Mental, los estudios epidemiológicos y concretamente el análisis de la demanda ha pasado progresivamente a cobrar mayor interés y relevancia. El estudio de las necesidades asistenciales de la comunidad a través de estos estudios, han dado origen a la mejora de los servicios ya existentes o la implementación de los mismos de forma más racional.

Muñoz (1.981) insiste en la necesidad de partir del análisis de nuestra realidad ya que el conocimiento de las necesidades de cuidados psiquiátricos que existe en una determinada población es lógicamente la consecuencia de una

preocupación por mejorar la asistencia, haciéndola extensiva a todo el que la necesita , y por adecuar los recursos a una realidad dada.

Los estudios epidemiológicos y su aplicación en el campo de la Salud Mental Infanto-Juvenil, son muy recientes. La psiquiatría Infantil se consideró como ciencia menor en tanto que permaneció oscurecida por la psiquiatría del adulto. No es hasta el presente siglo cuando la infancia adquiere un estatuto específico y, como tal, se comienzan a establecer estudios más rigurosos, considerando al ser infantil como un sujeto total e indiferenciado con sus propios procesos

Las diferentes explicaciones que analizan la escasez de investigaciones en el ámbito de la Salud Mental Infanto Juvenil hacen referencia al retraso histórico del desarrollo de la Psiquiatría Infantil, a las dificultades concretas que plantean los estudios en esta etapa y a la prioridad de atenciones socio-sanitarias en resolver los problemas creados por la patología psíquica del adulto.

El objetivo prioritario y fundamental en los estudios epidemiológicos en Psiquiatría Infanto-juvenil es el de la **Prevención**.

Está demostrada la poca atención y dedicación histórica concedida a la función preventiva comparada con la función correctiva. Fue en Estados Unidos, en la década de los 40 y en el ámbito psicoanalítico especialmente, donde aparecen los primeros trabajos en relación a las intervenciones preventivas. Caplan (1.964) publica "Principles of Preventive Psychiatry", abordando la función y naturaleza de los programas preventivos y la valoración de la efectividad económico-social.

En este libro, la definición de "**Psiquiatría Preventiva**", se refiere al cuerpo de conocimientos, tanto teóricos como prácticos, que pueden utilizarse para plasmar y llevar a cabo programas para reducir la frecuencia de los trastornos mentales en una comunidad (Prevención primaria), la duración de los trastornos (Prevención secundaria) y el deterioro (Prevención terciaria).

Caplan insiste en la prevención primaria como elemento esencial para la promoción de la Salud Mental, expresando que aunque es aceptado desde hace tiempo en salud pública, sólo adquiere significado en los últimos años. En Agosto de 1.962, por primera vez, se dedicó un congreso internacional a la prevención primaria de los trastornos mentales en los niños (V Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil. Scheveningen, Holanda, 1.962).

Conyne (1.983) define la **prevención primaria** como la reducción de la tasa de casos de enfermedad en una población durante un período de tiempo, actuando sobre los factores adecuados para impedir que estos produzcan la enfermedad.

Los estudios epidemiológicos aplicados a la población infantil permiten identificar factores y detectar poblaciones de riesgo, para establecer programas e intervenciones que impidan que dichos factores actúen negativamente en la población.

La función preventiva y predictiva debe tomar en consideración los períodos evolutivos de crisis, momentos específicos de riesgo, así como todas las variables bio-psico-sociales que afecten directa o indirectamente a un desarrollo madurativo adecuado.

En el trabajo asistencial, este objetivo se concreta en la identificación de las necesidades de los sujetos, valorando la población objeto de estudio, diagnosticando lo más precozmente posible los factores de riesgo, y proponiendo objetivos y decisiones acordes con las necesidades confirmadas. Hay que reconocer que todavía hoy una de las mayores dificultades para elaborar planes y estrategias preventivas eficaces estriba en la escasez de datos científicos fiables sobre los precursores y predictores de los trastornos emocionales en la infancia y en la adolescencia.

Ya en el año 1.982, el informe realizado por la Comisión de Expertos en Psiquiatría Infantil formado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco, planteó la necesidad de estudiar la Asistencia Psiquiátrica Infanto-Juvenil en Euskadi. En dicho informe se deja constancia de que al menos el 5% de la población infantil presenta problemas de orden psicológico o psiquiátrico severos y un porcentaje aún mayor trastornos leves.

Igualmente la Coordinadora General de Asociaciones de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia y Adolescencia en Septiembre de 1.990, puso énfasis en las necesidades de la asistencia infanto-juvenil en este país expresando que:

"El sufrimiento y la gravedad de los problemas psíquicos de los niños y adolescentes españoles son a menudo eludidos, y en todo caso, no bien conocidos por nuestra sociedad y sus autoridades. Debe propiciarse un mejor conocimiento de los problemas infantiles y de la necesidad de alternativas preventivas y asistenciales".

La Comisión para la Reforma de la Salud Mental de Euskadi (OSAKI-DETZA, 1.991), en su informe sobre Salud Mental Infanto-Juvenil, pone de relieve que:

"El niño y el adolescente muestran en su enfermar una patología mental específica que se puede manifestar de diferentes maneras según los momentos y periodos evolutivos de la personalidad. Ello hace que tanto el niño como el adolescente tengan una forma específica de enfermar y de reaccionar bien distinta a la del adulto".

1.1.2. CONCEPTOS EPIDEMIOLOGICOS

Los objetivos en S.M. Infanto-Juvenil, pretenden responder a las preguntas anteriormente formuladas y nos llevan a las siguientes cuestiones o conceptos claves en epidemiología.

- 1.- Determinar la frecuencia en índices o tasas. Prevalencia e Incidencia.
- 2.- La definición de "caso".
- 3.- Métodos de recogida de datos (Registros acumulativos).

1.1.2.1. TASA DE PREVALENCIA E INCIDENCIA.

La diferenciación y determinación de ambas tasas es necesaria para poder trabajar en el campo de la prevención y de la planificación asistencial. Fue Daniel Hack Tuke, en 1.870, quien realizó el primer indicio de diferenciación entre prevalencia e incidencia de las enfermedades mentales.

S. Ladoun (1.968) recuerda la diferencia entre estas dos nociones:

- Tasa de Prevalencia

Es el número de casos de una enfermedad que existe en una población en un momento dado. Dicha frecuencia hace referencia a los casos nuevos y antiguos existentes en un momento concreto. Se conoce también como "tasa de predominio".

$$\text{T. Prevalencia} = \frac{\text{Frecuencia total de los casos}}{\text{Población en análisis}} \times 1.000$$

La prevalencia puede decirse que es la proporción de afectados por una alteración mórbida en una comunidad analizada o el total de casos acumulados en un período de tiempo previamente establecido.

Para nuestra investigación la prevalencia es: el número de niños\niñas y adolescentes menores de 16 años que, por cada 1.000 habitantes de esa banda de edad, existían en la población de Alava y que han sido atendidas (tanto casos nuevos como conocidos) en el servicio durante el período del año objeto de dicho estudio.

- Tasa de Incidencia

Es la frecuencia de casos nuevos que se producen en el curso de un período dado y en una población concreta.

$$\text{T. Incidencia} = \frac{\text{Frecuencia de casos nuevos}}{\text{Población en análisis}} \times 1.000$$

Según Muñoz (1.981), la incidencia expresa el tipo de equilibrio que se establece entre los factores causantes y facilitadores de la enfermedad y la resistencia de la población a la misma.

Para nuestra investigación, la incidencia es: el número de niños\niñas y adolescentes menores de 16 años que, por cada 1.000 habitantes de esa misma banda de edad, existían en la población de Alava y han tomado contacto por primera vez en el servicio durante el período objeto de estudio.

Las dificultades para la determinación de estas tasas son múltiples y complejas. Entre ellas la variedad de equipamiento institucionales, las numerosas consultas privadas de psicólogos y psiquiatras, la diferente "sensibilidad" de los médicos de Atención Primaria, etc... que inciden en la variación de las tasas de un estudio a otro, incluso cuando éstos son realizados en el mismo país.

P. Chevalier (1.989) en su artículo "Prévalence et facteurs sociodémographiques" y Lebovici (1.986) señalan estas dificultades. Este último, insiste que esta dificultad es particularmente importante en Psiquiatría Infantil ya que ante casos similares pueden ser encauzados a Servicios diferentes, especializados (Psiquiatría Infantil) o no especializados (servicios pedagógicos) tal como en los casos de los trastornos de aprendizaje.

1.1.2.2. CONCEPTO DE CASO PSIQUICO

Williams y cols. (1.980) en un amplio análisis sobre el tema, expresan que los conceptos de definición e identificación de los "casos" han avanzado de modo insuficiente, y están todavía basados en ideas derivadas del diagnóstico hospitalario.

Seva A. (1.989) plantea en su artículo "Estrategia Epidemiológica para el estudio de Salud Mental en la Comunidad Autónoma Aragonesa", que el concepto de caso tendrá que ser definido previamente al inicio de un estudio, cambiando de sentido según las distintas culturas, modificándose los criterios para juzgar a una persona como enfermo mental según los requerimientos culturales de la zona donde se realiza el estudio. Por esto insiste que la morbilidad psiquiátrica variará extraordinariamente según lo que se entienda por "caso psicopatológico".

La definición de "caso" puede ser tan variada como lo sean los objetivos de cada estudio. Lo verdaderamente importante es, sin embargo, que los criterios empleados para su delimitación sean los suficientemente claros como para su detección no ofrezca problema alguno.

El Comité de Expertos de Salud mental de O.M.S. (1.960) sugiere la siguiente definición operativa de "caso": "un disturbio manifiesto de funcionamiento mental bastante específico en carácter clínico, que es considerado reconocible como formando parte de un proceso estándar claramente definido previamente, y que es lo suficientemente severo como para causar pérdida de trabajo o capacidad social o ambas cosas, y en un grado que puede ser especificado en términos de ausencia de trabajo o pérdida de otras acciones legales o sociales". Esta es, ciertamente, una definición útil y en la que se encuentra bastante uniformidad de entrada. Seva A. (1.989) en el artículo reseñado anteriormente, expresa que esta definición tiende a ser rígida y a concentrarse únicamente en disturbios mentales severos. Resulta dificultoso medir con esta definición los síntomas psiquiátricos "menores" o los disturbios funcionales que constituyen una gran parte de la psiquiatría en la práctica

general. Esta crítica es también subrayada por Williams y cols. (1.980), quienes señalan la excesiva dependencia actual por los síntomas y los diagnósticos, y sugieren definir otros modelos de "caso" en los que se tenga más en cuenta los trastornos no psicóticos, la personalidad y la disfunción social.

Una definición mucho más simple, pero válida, es la que introduce Jesús de Miguel (1.985): "aquellos miembros de una población dada que muestran una enfermedad, incapacidad y/o desorden".

Rutter, (1.985), siguiendo criterios operativos más extensos, han definido caso como "una condición en la que hay una anormalidad de comportamiento, emociones o relaciones, que es lo suficientemente marcada y prolongada, como para causar al individuo una dificultad en su funcionamiento social y/o llevarlo al distrés y al disturbio en la familia o en la comunidad". Esta definición, aunque es más amplia que la de la O.M.S., excluye pequeñas desigualdades de comportamiento, variaciones en la personalidad, estilos de vida y problemas menores que no conducen en principio al desajuste social.

Muñoz y cols. (1.981), en su estudio sobre "los determinantes de demanda sanitaria en nuestro medio", utiliza la definición operativa de "caso" psiquiátrico como "un sujeto que describe unos síntomas (experiencias o modos de conducta) definidos que pueden referirse a uno de los trastornos descritos en el glosario de la Clasificación Internacional de Enfermedades y que, por otra parte, ningún clínico se sorprendería de atenderlo en su consulta ambulatoria, y sería perfectamente previsible su mejoría con tratamiento". Es quizá una de las definiciones que mejor concuerda con los criterios operativos elegidos para nuestra investigación.

1.1.2.3. ESTANDARIZACION DE LOS DATOS: REGISTRO DE CASOS EN S. M. INFANTO-JUVENIL

La importancia del trabajo previo de recogida de datos se debe a diferentes razones: el interés creciente por la epidemiología en psiquiatría; el estudio de patologías relativamente poco frecuentes, que precisan de la reagrupación de las observaciones de varios clínicos e incluso de varios equipos; los intentos de contrastación de los datos obtenidos para ser comparados entre otros servicios; y por último, la necesidad de evaluar y planificar el trabajo Asistencial.

S. Lebovici (1.986), propone la utilización de un registro homogéneo estandarizado. Este registro homogéneo nos permitiría transmitir informaciones con un lenguaje común y realizar trabajos comparativos entre diferentes servicios e incluso países. La realización de este registro sería la herramienta imprescindible para realizar un trabajo de prevención, planificación y política asistencial, al conocer de una manera real y adecuada las necesidades de cada población.

Esta propuesta evitaría una de las dificultades mencionadas por C. Chilard (1.971) al referirse a los estudios comparativos, cuando nos señala los problemas que presenta su elaboración al encontrarse ante estudios realizados mediante instrumentos diferentes y sometidos a grandes variaciones en el contexto social y realizados bajo criterios no uniformes.

Se precisan instrumentos fiables y rigurosos para poder acumular la información generada, más allá de la mera voluntad de recoger dicha información. En el curso de los últimos veinticinco años se ha venido desarrollando, por recomendaciones previas de la OMS, Registros Acumulativos de Casos Psiquiátricos (RACP). En el campo de la infancia y la adolescencia su aplicación es mucho más reciente, Ten Horn y col. (1.986), Thevenot, J. y Quemada, N. (1.989), Pedreira, J. (1.992).

Giel R. y Ten Horn G. (1.985), señalan que el RACP puede ser incluido en un proceso circular de planificación, el cual parte de una recogida básica de información sobre los pacientes, servicios, costes y factores socio-económicos de esa comunidad.

Este Registro debe responder a criterios de planificación de los servicios en el plano nacional e internacional y abarcar tres tipos de aplicaciones: evaluar el funcionamiento de los servicios, planificación de esos servicios y aportar datos útiles para la elaboración de programas y para la prevención en el campo de la Salud Mental; es decir, tendrfa aplicaciones planificadoras y de investigación.

El Registro de Casos en Salud Mental en nuestra Comunidad Autónoma lleva funcionando de forma homogénea para las tres provincias desde Octubre del 1.990. Su recogida se realiza a través del "seguimiento de la actividad diaria". Este Registro presenta gran similitud con el realizado en las Comunidades de Navarra y Asturias.

En las Bases Técnicas para la Reforma de la Salud Mental en la Comunidad Autónoma del País Vasco (1.990), se insiste en que este Sistema de información estará pues, al servicio del control de calidad, evaluación, programación, seguimiento epidemiológico y continuidad de cuidados. Existiendo de esta forma una mejor comunicación entre los diferentes niveles y equipos, siempre y cuando el sistema sea lo más sencillo posible, ágil y sobre todo bidireccional, para que pueda provocar freed-backs constantes entre los niveles asistenciales y de gestión.

En esta investigación no ha sido posible utilizar este Sistema de Registro, ya que el inicio del estudio era previo a la puesta en marcha del Registro de Casos en Salud Mental en el País Vasco. Sí ha podido ser contrastado el movimiento asistencial en la Unidad de Psiquiatría Infantil a partir del año 1989.

CARACTERISTICAS QUE DEBE REUNIR EL RACP EN PSIQUIATRIA INFANTIL

En los Informes Técnicos de Salud Mental en el País Vasco (1.990) y el Grupo de Trabajo sobre Registro de Casos Psiquiátricos, resumen las características que debe reunir dicho sistema de información:

- Unificación de criterios y definiciones.
- Elaboración de criterios operativos.
- Homologación de los instrumentos.
- Requiere estabilidad y estabilidad en cuanto a los instrumentos
- Debe estar dotado de la suficiente flexibilidad para adaptarse a los ajustes y modificaciones que surgen por la propia dinámica del proceso.

Proponen que las prioridades y objetivos que deben conseguir, sean:

- Conocer las características de la población atendida.
- Tipo de respuesta del dispositivo de la demanda.
- Evaluación continuada de los resultados.
- Y que permita el seguimiento longitudinal.

Pedreira, J. (1.992) amplía estas características y las centra en Salud Mental Infantil, en su artículo "RACP en la infancia y la adolescencia:

Instrumento para la investigación y el seguimiento longitudinal", señalando las siguientes características:

1.- Utilidad: Con el fin de facilitar la comunicación entre los servicios asistenciales y el departamento de evaluación y sistemas de información. Se pueden comparar resultados entre diversos servicios del mismo área y/o servicios de diferente localización geográfica con similares características. Esta utilidad posee una repercusión directa en trabajos de investigación a medio y largo plazo.

2.- Simplicidad y manejabilidad:

3.- Posibilidad de definir y redefinir problemas: Puede servir para la planificación, pero también para establecer planes de prevención y evaluar las diferentes posibilidades terapéuticas o establecer líneas de investigaciones.

4.- Confidenciabilidad: Se utilizará para todos los usuarios un código, de tal modo que solo el servicio asistencial puede "traducir" el número de historia-código-nombre del usuario. Lo expuesto abre un gran debate sobre los sistemas de información y su confiabilidad, debate abierto con gran repercusión en la Salud Mental, sobre todo en la infancia y adolescencia, por las posibles implicaciones que pueda tener a lo largo de la vida y el desarrollo del individuo, de lo que no se excluyen determinados juicios y pre-juicios sociales y culturales al uso.

5.- Posibilidad de establecer estudios y análisis longitudinales: Los RACP deben tener la posibilidad de ser acumulativos, para poder realizar seguimientos longitudinales. Hablar de longitudinalidad es establecer uno de los principios fundamentales de la investigación, pero también de la evaluación a medio y largo plazo, tanto de los funcionamientos institucionales como de la evolución clínica. Al hablar de longitudinalidad se refiere a los siguientes cuatro campos:

5.1- Para los pacientes: La infancia se encuentra en continua evolución, el contacto realizado permite seguir la evolución a lo largo de los sucesivos contactos que pudieran realizarse. Por lo tanto establece un seguimiento longitudinal de los posibles contactos de ese usuario con los servicios asistenciales y de su situación clínico-evolutiva.

5.2- Seguimiento longitudinal de las intervenciones realizadas: Dando cuenta de las intervenciones sobre el usuario y también de la historia evolutiva del propio servicio asistencial, que puede modificar a lo largo del tiempo sus intervenciones sobre un mismo paciente o sobre un grupo determinado de pacientes en ese territorio concreto.

5.3- Seguimiento longitudinal de los diagnósticos: En la infancia es de singular importancia, dado que el proceso diagnóstico en la infancia posee un criterio evolutivo y madurativo con repercusiones para delimitar tanto las intervenciones a desarrollar como las potencialidades evolutivas y madurativas del sujeto infantil. También nos posibilita el análisis de los criterios utilizados para los sistemas diagnósticos y si es posible adecuarlos a los perfiles conductuales y madurativos de ese niño/a en los sucesivos contactos con un servicio asistencial.

5.4- Análisis longitudinal de los profesionales: Tanto de la intervención que diseñan, como de la coherencia de esa intervención con el diagnóstico que expresan. También establece el número y tipo de profesionales que intervienen en cada caso.

Según Pedreira estos cuatro grupos de factores determinan y delimitan el concepto de longitudinalidad a la hora de establecer posibles líneas de investigación. Articular las posibles relaciones existentes entre estos cuatro parámetros es analizar la longitudinalidad por medio del RACP-IJ.

Como conclusión, podemos decir que el RACP es un instrumento que se está demostrando válido para la evaluación e investigación en Servicios de Salud

Mental. Uno de los factores que lo hacen de gran interés se refiere al hecho de ser acumulativo, por lo tanto posibilita la realización de estudios longitudinales a lo largo del tiempo. Esta orientación longitudinal lo hace de gran utilidad e interés en la infancia y adolescencia. Estos seguimientos permiten analizar un aspecto fundamental en Salud Mental,: "La continuidad o discontinuidad entre la patología mental infantil y adulta".

1.1.3. ANTECEDENTES HISTORICOS EN PSIQUIATRIA INFANTIL

Los estudios epidemiológicos y su aplicación en el campo de la Salud Mental Infanto-Juvenil, son muy recientes y en numerosas ocasiones derivados de las investigaciones del adulto.

Como bien plantea Mause (1.974), es preciso analizar el proceso histórico de la infancia para poder comprender que solo es en el presente siglo cuando la infancia adquiere un estatuto específico y que hasta el año 1.950 no se empiezan a establecer estudios e investigaciones rigurosas en el campo de la Psiquiatría Infanto-Juvenil. Las causas de este hecho se deben principalmente a la concepción que se ha tenido del niño a lo largo de la historia.

El acercamiento a la comprensión del desarrollo de la psiquiatría infantil desde una perspectiva histórica permite entender la situación actual como desencadenante de lo acaecido anteriormente.

Los autores que analizan el proceso histórico de la infancia entre otros han sido: Aries, 1.962; Debesse, 1.972; Mause, 1.974; Bondy, 1.974; J. de Ajuriaguerra, 1.973; García Yagüe, 1.975, Fernandez-Ballesteros, 1.980; Menéndez, 1.980; Mendiguchia, 1.980; Pelechano, 1.985; Lebovici, 1.986; Blanco, 1.986.

Aries (1.962) nos dice que los niños eran considerados un reflejo del adulto, un adulto en formación, y se les atribufan los problemas y razonamientos de estos. El niño carecía de identidad propia.

Razones de tipo social y económico justificaban que en edades muy tempranas el niño se incorporase al mundo social y laboral adjudicándosele conocimientos y responsabilidades como si fuera un adulto en miniatura. Aries indica que a finales del siglo XVII y principios del siglo XVIII son precisamente los cambios sociales y económicos los que conllevan también un cambio en

cuanto a la concepción del niño, aumentan las medidas de higiene, se empieza a luchar contra las enfermedades infecciosas y la mortalidad infantil disminuye. Disponer de más tiempo libre y de recursos económicos, especialmente las clases burguesas, permitió dedicarles una mayor atención.

Además de estos hechos, el papel jugado por las instituciones religiosas, a través de la labor caritativa prioritariamente hacia los niños deficientes mentales y el pensamiento humanista de Rousseau, Itard y otros, confluyeron en la configuración del niño como entidad diferenciada y separada de los adultos.

Las ideas de Rousseau desarrolladas en *L'Emile* (1.762) son un punto histórico importante por la repercusión que ejerció en la concepción de la infancia, especialmente para la clase burguesa. La conocida frase "El niño no es simplemente un hombrecito" cobró entidad y configuró una realidad psicológica bien diferenciada: **La infancia.**

Aries (1.962) y Debesse (1.972) recogen las ideas de este autor y las sintetizan del siguiente modo: "La infancia tiene su propio valor y no es una simple repetición de la vida adulta. Es la sociedad la que pervierte al niño, la infancia es inocente y la tarea que compete a la educación es salvaguardarle de su perniciosa influencia".

En esta misma época Itard (1.775-1.838) expone los trabajos de Victor, el niño salvaje de Aveyron. Interesado por la fenomenología del comportamiento, publica en 1.801 "Memoire sur les premiers developements de Victor de L'Aveyron", obra que puede ser considerada como el primer relato sobre los problemas infantiles. Itard consideró que el retraso era debido a una carencia absoluta de contacto social, y que la recuperación vendría dada por la estimulación sensorial y el establecimiento de las relaciones sociales (Autores posteriores expresan que podría tratarse de un caso de autismo). A través de esta obra consiguió interesar e impulsar el trabajo con los niños deficientes mentales, principalmente a través de su alumno Seguin.

En el siglo XIX surgen las inclusas infantiles para la infancia abandonada, a mitad de camino entre la caridad y el sentimiento religioso. En USA surge el "movimiento pro salvación del niño" de la mano de Louise Bower que da origen al nacimiento de los Reformatorios y de los Tribunales Tutelares de menores. En Europa aparecen, en el último cuarto del siglo XIX, instituciones sanitarias dedicadas a la infancia, siendo los primeros el Hospital des Enfants Malades de París (1.875) y el Hospital Asilo del Niño Jesús en Madrid (1.878), ambos representan la unión entre lo médico y lo social con importante dosis de paternalismo hacia la infancia (Mause, 1.974, De Miguel, 1.985).

El primer tratado de Pediatría se remonta a 1.828, escrito por Billard "Tratado de las enfermedades de los niños". En él hay descritos con gran precisión fenomenológica cuadros psicósomáticos de la infancia.

Entre los psiquiatras que en el siglo XIX se interesaron por el niño, a los que podríamos llamar pioneros de la psiquiatría infantil había que citar los nombres de Griesinger, Maudsley, Emminghaus y a P. Moreau de Tours. En esta época el problema fundamental era, y actualmente todavía sigue siéndolo que la patología mental de los niños y jóvenes se analizaba con las similitudes de la patología mental del adulto como Fabret (1.889) hace al describir "la locura moral en los adultos y los niños".

Griesinger, en su obra publicada en 1.845 "Patología y tratamiento de las enfermedades mentales", dedica algunos capítulos a los trastornos mentales de los niños. H. Maudsley (1.867) en su libro sobre "Fisiología y patología del cerebro" analiza "La locura de las primeras edades". En 1.887 se edita el primer libro dedicado íntegramente a la Psiquiatría Infantil: "Los trastornos psíquicos de los niños" de H. Emminghaus, en el cual ya se realiza un enfoque de las enfermedades mentales en los niños con sus características propias, distintas a las del adulto. En 1.888 P. Moreau de Tours publicó el libro titulado "La locura en los niños".

En esta misma época Alfred Binet (1.857-1.911) con la introducción de la práctica de los test, plantea los objetivos de lo que será el diagnóstico

diferencial. Su interés por el retraso mental infantil dirigió sus principales investigaciones.

En 1.893-1.895, los estudios firmados por J. Brener evocan, por primera vez, el papel patógeno de los traumatismos infantiles en el terreno sexual.

Witner (1.896) estableció en Pennsylvania la primera clínica psicológica; sus objetivos fundamentales eran tratar y prevenir determinados problemas infantiles, cobrando especial interés las investigaciones sobre la afasia.

A principios del siglo XX, el psicoanálisis modifica radicalmente las aproximaciones a los trastornos mentales del niño. El estudio de la sexualidad infantil y su reconstrucción mediante la elaboración de los recuerdos vividos en el pasado, permitió a Freud hallar al niño, junto a sus dificultades evolutivas, por medio de la neurosis del adulto. De los cinco casos que publicó, cuatro están ampliamente dedicados a la historia de la infancia y de la adolescencia de esos pacientes. El primero es el de Dora, una adolescente con manifestaciones histéricas (1.905), el segundo es "el caso Juanito", un niño de 5 años con una fobia (1.909). Posteriormente "el hombre de las ratas" y en 1918 publica la historia reconstruida de la neurosis infantil con el caso conocido con el sobrenombre de "el hombre de los lobos".

La relevancia de estas obras es debido a que no solo tratan de constatar la existencia de trastornos mentales en el niño, sino también resaltar la importancia para el porvenir de la patología mental del adulto. Freud analiza la existencia de una cierta continuidad entre los trastornos del niño y del adulto, y discutía al mismo tiempo el valor patógeno y/o predictivo de los síntomas neuróticos en el niño. Las repercusiones de estas publicaciones y la influencia del psicoanálisis ha sido considerable y sigue siendo en el campo de la psiquiatría del niño y del adolescente.

Bajo la influencia del psicoanálisis en 1.912 se abrieron clínicas de orientación infantil priorizando el tratamiento de los problemas neuróticos.

En 1.915, con la creación de las primeras consultas especializadas en psiquiatría infantil con André Collin en Francia, y el desarrollo de los Centros de Orientación (1.921) como el de Healy en Boston, se inicia un nuevo panorama.

Respecto al tratamiento se debe a Ana Freud el mérito de haber aplicado a la infancia el modelo psicoanalítico que se extendió en las clínicas infantiles durante la primera mitad del siglo.

J. de Ajuriaguerra (1.973) toma de L. Kanner la descripción del desarrollo de la Psiquiatría Infantil de los cuatro primeros decenios del siglo XX.

- 1º) Primer decenio: Introducción de la psicometría y divulgación de los trabajos psicoanalíticos.
- 2º) Segundo decenio: Interés por la infancia y la juventud delincuente.
- 3º) Tercer decenio: Desarrollo de centros de cuidados infantiles, especialmente en los países anglosajones.
- 4º) Cuarto decenio: Se caracteriza por los intentos terapéuticos y la difusión de los tratamientos inspirados en el psicoanálisis.

Este breve recuerdo histórico corresponde a una realidad que aún hoy es patente cuando se trata de precisar el lugar de la psiquiatría del niño y del adolescente y de los estudios epidemiológicos de la infancia.

El niño no interesó a la psiquiatría. La opinión era que en los niños no existían trastornos mentales observables: o eran deficientes o se trataba de sujetos delincuentes. Por esto, durante mucho tiempo, la clasificación de los

trastornos mentales de la infancia se dividió entre "retrasados" y "caracteriales". La Psiquiatría Infantil se consideró como una ciencia menor en tanto permaneció oscurecida por la psiquiatría del adulto.

Este panorama histórico que podría desarrollarse con más amplitud nos constata cómo no es hasta el presente siglo cuando la infancia adquiere un estatuto específico y, como tal, se comienzan a establecer estudios más rigurosos, considerando al ser infantil como un sujeto total e indiferenciado con sus propios procesos.

1.1.4. CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS EN PSIQUIATRIA INFANTIL

Como se ha desarrollado anteriormente, el conocimiento y el estudio de la infancia en general y sus problemas, es una preocupación reciente (Mause, 1.974). El interés y las dificultades se inscriben dentro del esfuerzo realizado por los clínicos en Salud Mental Infanto-Juvenil en los últimos treinta años, por describir una sintomatología rigurosa, establecer síndromes y, en algunos casos, llegar a la descripción de estructuras y organizaciones del psiquismo que constituyen una mayor comprensión y conocimiento en la especificidad de la psicopatología del niño y del adolescente.

Es preciso definir las características del sujeto infantil para poder aplicar los estudios epidemiológicos a esta etapa. Mannoni (1.965), Menéndez y Pedreira (1.986) expresan las siguientes:

- 1.- El niño\niña funciona como una unidad integral bio-psico-social, pudiendo utilizar cualesquiera de esas vías para exteriorizar su situación conflictiva.
- 2.- El sujeto infantil está en permanente evolución, no sólo como una sucesión de fases y estadios, sino como elementos dinámicos de su estructura y la del contexto del cual depende y le rodea.
- 3.- El niño\niña depende de su entorno, sobre todo de la familia.
- 4.- La infancia tiene un sentido propio en el ser y en el enfermar, por lo que hay que evitar el error de considerarla en comparación con la vida adulta.

En la integración de estas características específicas se centra la importancia y la dificultad de las investigaciones en Psiquiatría Infantil ya que:

- Analizamos al niño o al adolescente, del que no conocemos más que un momento de su dinámica conflictiva cuyas modificaciones evolutivas son numerosas.

- La naturaleza plástica y evolutiva de la psicopatología infantil añade un factor de incertidumbre.

- El riesgo de sustituir al "niño evolutivo" del que no conocemos más que un momento de su dinámica conflictiva por "el niño del orden estadístico" donde se aísla de los factores influyentes.

- La dependencia del entorno provocando modificaciones imprevisibles dificultan los estudios (Soulé, Sirol 1.989).

S. Lebovici (1.986) concreta estas dificultades o posiciones específicas en Salud Mental Infantil en:

- La influencia del desarrollo y de sus accidentes.

- La dependencia en relación con los padres.

- La confusión entre los campos de la patología mental y de la inadaptación.

El niño a Psiquiatría Infantil no viene solo, además en muchas ocasiones no sufre por sus alteraciones y, sobre todo, no se cura solo, ni enferma solo. El niño vive y enferma con una familia. Todo análisis, demanda, diagnóstico y

tratamiento ha de ser también aceptada por los padres, y los resultados terapéuticos de la consulta dependen en gran parte de ellos y de los cambios en las interacciones familia-niño. Tenemos, pues, en la consulta Infantil, dos mundos frente a nosotros: el del adulto y el del niño. Esto complica más la evaluación y el análisis.

Cuanto menor es la edad del sujeto, mayor es la dependencia de su entorno y de los personajes centrales de éste, en general de los padres. Es sabido que éstos están implicados e interactúan en la génesis, evolución, mantenimiento y/o remisión de los problemas.

La sintomatología y/o la psicopatología infantil refleja más intensamente el efecto y las cualidades específicas del equilibrio familiar. Las manifestaciones sintomáticas que inquietan a los padres aparecen en numerosas ocasiones como el resultado de interacciones y/o conflictos intrafamiliares.

El niño es llevado a las Unidades de Psiquiatría Infantil por sus padres bien sea directamente, o bien aconsejados por otra instancia, que se queja de su comportamiento o de su **inadaptación**. Es, pues, en numerosas ocasiones la inadaptación la que provoca el pretexto para que se realice la consulta psiquiátrica, pero ésta no tiene por qué ser significativa de una organización patológica. La demanda, en numerosas ocasiones, está condicionada por la mayor o menor tolerancia del medio y especialmente del medio familiar hacia esa conducta, por las expectativas que tienen sobre él y por el sistema de valores de los adultos que le rodean.

Así pues, la demanda que acude a las Unidades de Psiquiatría Infantil en ocasiones, está influida por las condiciones que origina la inadaptación y la "sensibilidad" de los padres ante las dificultades del niño.

Frecuentemente observamos en la clínica cómo ciertas manifestaciones son bien toleradas por la familia y/o por el medio escolar (inhibiciones) y por el contrario manifestaciones que pueden ser muy ruidosas y que atraen rápida-

mente la atención del medio se quedan simplemente en lo que en clínica denominamos variaciones de la normalidad.

Estos aspectos demuestran que la Psiquiatría Infantil se encuentra en una posición difícil. Detrás de las dificultades de adaptación hay que buscar los síntomas sabiendo que éstos pueden estar mudos en los casos en los que su porvenir puede ser más grave. Que similares sintomatologías responden a condiciones etiopatogénicas muy variadas. La diferente significación de un síntoma dependiendo del momento evolutivo, ya que en otro momento puede adquirir un significado diferente (Mannoni, 1.976 y Menéndez, 1.986). Se sabe también que los síntomas dependen de la tolerancia del medio y no tiene significación por ellos mismos (Lebovici, 1.988). Este autor critica la "simple" búsqueda de síntomas expresando que no se puede esperar encontrar en los niños un modelo reducido de la patología del adulto. "En psiquiatría infantil, se trata más de precisar la manera en que se organizan las alteraciones mentales más que, en los pocos casos que podemos hablar de estructuras establecidas".

Marcelli y J. de Ajuriaguerra (1.986) refiriéndose al problema de lo normal y lo patológico y al valor del síntoma en Psiquiatría Infantil, expresan que la evaluación debe ir más allá de la simple valoración de las conductas sintomáticas. Critican lo que la mayoría asocia: la normalidad sintomática como reflejo de su salud mental. Esta ausencia de síntomas pueden responder, según estos autores, a niños conformistas, y aparentemente adaptados, que manifiestan la incapacidad de construir una organización psíquica interna coherente y de elaborar los inevitables conflictos del desarrollo, lo que Winnicott denomina falso-self.

La primera preocupación en Salud Mental Infantil, es, ante todo, evaluar el carácter patológico o normal de las conductas por las que demandan consulta. Nuestra interrogante, como lo expresa Marcelli (1.986), más que distinguir si una conducta es normal o patológica, que supondría introducir en el funcionamiento mental una solución de continuidad, que sabemos que no existe, debiera ser reemplazada por la siguiente pregunta: ¿Esta conducta, en el funcionamiento mental del niño, está creando malestar entendido como sufrimiento y/o tiene la

posibilidad de mejorar y prevenir futuros trastornos o por el contrario asume un papel organizador?.

Todos estos aspectos nos indican el error que puede cometerse al intentar definir la estructura psíquica del niño como algo estable. Si algo caracteriza al sujeto infantil es su continua y permanente **evolución**, a lo que se une la plasticidad para la adaptación y readaptación tanto en sus dificultades como la repercusión que pueden tener las situaciones externas.

Como es bien sabido, el desarrollo no sigue un ritmo uniforme. En las primeras edades es máximo y acelerado, y se vuelve con la edad lento y progresivamente leve en los cambios. Este ritmo de desarrollo es a la vez diferente según los sujetos. La idea matriz del enfoque evolutivo es la idea de cambio y el aspecto específico y longitudinal de ese cambio (Sroufe y Rutter, 1.984).

En esta línea, Rubio (1.987) dice: "La conducta de los individuos se estructura mediante repertorios básicos que son progresivamente adquiridos por el individuo en su interacción con el ambiente desde el momento que nace. Este aprendizaje es acumulativo y jerárquico, esto es, los repertorios previamente adquiridos sirven de base para la adquisición de los nuevos que, a su vez, permiten nuevas adquisiciones en las que el sujeto podrá adquirir otros más".

El concepto de **continuidad y cambio** en el desarrollo proviene de estas reorganizaciones progresivas.

Las ideas de la Psiquiatría infantil en torno al estudio de las **interacciones**, sobre todo en los primeros meses de vida, han transformado absolutamente las concepciones precedentes.

Estos cambios son debidos a los conocimientos obtenidos en los últimos quince años através de los numerosos estudios (Brazelton, 1.981, 1.986, Rose-

blum, Kreisler y Cramer, 1.982) que analizan las interacciones y las capacidades de los bebés, hasta entonces considerados como absolutamente pasivos y que actualmente son considerados como muy activos desde el nacimiento y poseedores de funciones antes insospechadas. La noción de interacción ha conducido a considerar también los efectos que sobre los padres ejerce el bebé y, en consecuencia, su capacidad de influir en los cuidados que recibe. La conducta de uno engendra una respuesta en el otro, la que a su vez sirve de estímulo para una nueva conducta en el primero. La interacción es continua y progresiva. Esta dinámica se manifiesta en el encadenamiento de los procesos bidireccionales que recuerdan al modelo de una espiral transaccional (M. Lervis y L. Roseblum).

Rutter (1.985) analizando este aspecto expresa que "el proceso de desarrollo en el niño constituye un vínculo esencial entre los determinantes genéticos y las variables ambientales", explica que, la conducta no es una simple respuesta al estímulo ambiental, sino que el niño percibe selectivamente y organiza su experiencia en función de todo el bagaje de acontecimientos y adaptaciones progresivas realizadas anteriormente". Esto nos lleva inevitablemente al tema de la importancia de lo reactivo e interactivo en la infancia.

Estas consideraciones muestran lo importante y lo complejo del trabajo clínico y de las investigaciones en Psiquiatría Infantil.

Como Ollendink y Hersen (1.986) expresan: "Si queremos progresar en la descripción y clasificación de los problemas infantiles para conocer mejor su curso evolutivo y los factores de riesgo, es preciso continuar la investigación teniendo en cuenta las características específicas en Salud Mental Infantil, del niño y del adolescente, buscando los precursores tempranos, indicativos de una buena o mala adaptación, y sus correlaciones con el entorno y la familia".

1.1.5. PERSPECTIVAS DE LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Se insiste desde diversas instituciones e investigadores en el campo de la epidemiología de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia en las siguientes tendencias (Documentos Técnicos de Salud Mental; Osakidetza, 1.990 y Pedreira, 1.992):

- * Determinar las tasas de diferentes trastornos mentales en la infancia y la adolescencia.

- * Profundizar en los estudios de tipo etiológico. Factores de Riesgo y vulnerabilidad. Investigar sobre los factores que permitan el normal desarrollo psicosocial de los niños y adolescentes expuestos a situaciones de "riesgo".

- * Diagnóstico de caso: Para este apartado se constatan dos grandes grupos de intereses:

La evaluación diagnóstica: Desarrollo de los aspectos metodológicos y de evaluación buscando instrumentos para la evaluación diagnóstica más fiable y válidos. También el uso de escalas para grupos de trastornos específicos y la construcción y posterior desarrollo de modelos de entrevistas clínicas aplicadas a la etapa infanto-juvenil.

Las clasificaciones de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia: Se constata la necesidad de establecer con rigor creciente los criterios diagnósticos que se utilizan en cada categoría clínica. Parece adecuado incluir las "formas de expresión" más que los contenidos demasiado cargados de connotaciones patológicas, es decir se precisa respetar el propio proceso evolutivo. En este sentido el desarrollo de clasificaciones **multiaxiales** se está

haciendo cada vez más necesario, sobre todo para delimitar los aspectos que corresponden a los diferentes ejes.

*** Los registros acumulativos de casos psiquiátricos para la infancia y la adolescencia (RACP-IJ):** Es el instrumento básico para poder analizar con seriedad y rigor las investigaciones de tipo longitudinal, esta longitudinalidad intenta dar cuenta de tres aspectos:

El recorrido de la demanda: Desde la comunidad hasta su llegada a los servicios especializados.

La evolución de los procesos: Lo que tiene una gran relevancia para la psicopatología del desarrollo y, sobre todo, para comprender las bases y formas de presentación inicial de cierto tipo de trastornos mentales de la edad adulta.

La relación existente entre tratamiento establecido-etapa en que se instauró-resultado al cabo del tiempo: Completa los puntos anteriores, aportando una perspectiva de intervención asistencial de gran importancia.

*** Intervenciones terapéuticas:** Se propone potenciar estudios sobre los abordajes terapéuticos. Esta propuesta está enlazada con el punto anterior, por lo que tiene un contenido evaluador de gran importancia, sobre todo a dos niveles: el terapéutico y el preventivo.

Estos estudios van en el sentido de lo que se denomina "**patrón de utilización de servicios asistenciales**", intentando señalar las que son más pertinentes para cada situación en concreto. No solo tiene que ver con la eficacia y eficiencia en términos económicos, sino también para evaluar las necesidades de servicios asistenciales específicos.

* **Estudios longitudinales:** La necesidad de estos estudios está siendo reseñada desde algo más de veinte años, pero las dificultades técnicas han sido importantes y explican su escasez.

Lebovici (1.986), en su artículo "Estudios epidemiológicos", señala cómo los estudios longitudinales constituyen el medio ideal para obtener datos sobre los trastornos mentales, siempre que la muestra permanezca razonablemente estable y que la concepción general de la investigación sea la misma durante todo el período.

Estos estudios permiten analizar una de las preguntas importantes en Salud Mental y que en la actualidad continua siendo objeto de múltiples polémicas por los resultados contradictorios: **¿Existe continuidad o discontinuidad entre la psicopatología de los niños y la psicopatología en la vida adulta?**.

Actualmente se plantean muchas cuestiones con respecto a la historia natural de los problemas psíquicos del niño y su evolución en la vida adulta. El gran interés por la acción preventiva más eficaz que se derivaría de su conocimiento, ha orientado muchas investigaciones hacia la puerta al día de los factores etiológicos y de alto riesgo así como de los elementos con valor predictivo. A pesar de un gran número de investigaciones ambiciosas realizadas con una metodología depurada, se tienen pocos conocimientos seguros y adquiridos a nivel etiológico en psiquiatría.

Actualmente hay un acuerdo unánime en cuanto al gran interés por estos estudios longitudinales y catamnésicos y la esperanza de encontrar vínculos de causalidad y elementos con valor predictivo.

Muchos autores señalan las exigencias metodológicas que deben imponerse en estas investigaciones: selección adecuada de la muestra, limitación máxima de las pérdidas, aplicación de criterios diagnósticos válidos, grupos control y los problemas éticos.

De una manera general, la mayor parte de los autores han renunciado a los modelos basados en una causalidad lineal simple, señalando la complejidad y los múltiples niveles de interacción y de comprensión que hay que tener en cuenta en estas investigaciones. Rutter afirma que "la correlación no significa causalidad".

Respecto a los factores de riesgo, muchos de aquéllos considerados como pertinentes hace algunos años, han sido cuestionados, reexaminados y criticados posteriormente (es el caso de la anorexia perinatal, la prematuridad, separaciones precoces, etc...). En cuanto a las separaciones precoces por ejemplo, muchos estudios concluyen que el contexto alterado en el cual tiende a producirse la separación parece ser mucho más importante que la propia separación en sí misma. Actualmente los dos factores de riesgo que se consideran más pertinentes por numerosos autores son, el conflicto conyugal y las dificultades caracteriales durante la infancia.

Por el contrario, el divorcio considerado de una manera aislada independientemente del conflicto conyugal al que está amenudo asociado, no parece constituir un factor de riesgo a largo plazo. Esta conclusión coincide con los resultados obtenidos por Rutter (1.971).

Rutter (1.987) describe 3 tipos de elementos predictivos posibles:

- 1) Factores que pertenecen a los padres: actitudes parentales, psicopatía parental,...
- 2) Factores de desarrollo, tales como complicaciones del embarazo, parto, carencias sociales y educativas,...
- 3) Factores pertenecientes a la estructura psíquica del niño tales como el temperamento.

Según estos autores, el interés se ha dirigido especialmente sobre los 2 primeros tipos de factores, algo que se sobreentiende de una visión del niño como "víctima" más o menos pasiva ante el exterior. Sin embargo, ellos proponen, en oposición a esta opinión, una orientación hacia los factores pertenecientes al niño con el objetivo de destacar la contribución propia del niño con su propia historia.

De manera explícita, se considera hoy en día al niño como un ser mucho más "resistente" a las experiencias precoces, a los traumatismos, factores éstos que anteriormente eran estimados como "determinantes" para su evolución. Hoy en día, se subraya la capacidad natural de "autocuración" del niño y del individuo en general así como el carácter abierto de su desarrollo.

Así, autores tales como Rutter (1.987), Vaillant (1.987), insisten en la enorme capacidad de evolución conservada por muchos individuos a lo largo de su vida, capacidad que les permite cumplir o realizar importantes "cambios positivos" desde el nacimiento hasta la muerte. Para estos autores, si bien es verdad que las experiencias precoces pueden tener repercusiones importantes, también lo es que las experiencias más tardías pueden así mismo modificar el desarrollo del individuo tanto en lo positivo como en lo negativo, haciendo así del desarrollo humano un proceso mucho más abierto de lo que se pensaba.

Centrándonos en el cuestionamiento importante en el campo psiquiátrico sobre continuidad-discontinuidad, A. Freud ya en 1.966 se cuestionaba este interrogante tal como lo prueba la citación siguiente:

"Nos dimos cuenta de que a pesar de todos los vínculos existentes entre las neurosis infantiles y las neurosis del adulto, no podemos afirmar con certeza que un tipo particular de neurosis infantil preceda a un mismo tipo de neurosis en el adulto. Muchas constataciones clínicas abogan en este sentido".

Dentro de esta polémica, encontramos posiciones más o menos matizadas junto a posiciones extremas. Así Kagan (1.987) aparece como uno de los más

fervientes defensores de una clara discontinuidad. Su posición puede resumirse en 3 puntos:

1) El desarrollo implica ciertas reorganizaciones mayores a nivel de comportamiento que son cualitativamente diferentes e independientes de las etapas anteriores.

2) Estas discontinuidades se derivan fundamentalmente de la maduración del sistema nervioso central y no de las experiencias de la vida como tales.

3) Las nuevas organizaciones pueden borrar lo adquirido anteriormente.

Rutter (1.987) adopta una posición más matizada como lo hacen la mayor parte de los autores. Para él, en los procesos del desarrollo hay tantas discontinuidades como continuidades que se derivan simultáneamente de la maduración y de la experiencia, así como de su interacción. Algo que es más importante para este autor es que una buena parte de las continuidades y de las discontinuidades no responden a un elemento causal único e identificable sino por el contrario, resultan de un interacción compleja y circular entre el niño y su entorno. Esta misma posición es señalada en el estudio de A. Abella (1.991) "Catamnese a l'adolescence d'un groupe d'enfants à haut risque traités en Centre de jour".

Tal como lo señala Kramer, esta modificación del punto de vista en relación a la continuidad y discontinuidad, se debe probablemente en parte, a un cambio en los métodos utilizados para las investigaciones. En efecto, los estudios retrospectivos son más aptos a destacar las continuidades mientras que los estudios prospectivos permiten detectar mejor las discontinuidades.

Para finalizar señalaremos 2 limitaciones de estos estudios longitudinales:

- 1.- Los estudios longitudinales sobre poblaciones muy amplias permiten obtener datos válidos sobre la relación entre ciertas variables significativas para una población completa. Pero no permiten, tal como Thomas y Chess (1.986) lo señalan, apreciar el interjuego dinámico de estos factores en una sola persona, ni analizar los "patrones" de continuidad y de cambio en un individuo concreto.
- 2.- La ausencia de criterios diagnósticos válidos y compartidos por los diferentes autores plantea un problema serio, como lo señala entre otros Achembach y Rutter (1.988). Esta ausencia hace que por una parte, sus resultados sean difícilmente comparable y por otra parte complica las diversas interpretaciones.

**DIAGNOSTICO Y CLASIFICACIONES
EN PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL**

1.2. DIAGNOSTICO Y CLASIFICACIONES EN PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

La evolución general de la Psiquiatría va acompañada de una reaparición del interés por el diagnóstico y las Clasificaciones en Salud Mental. Sartorius (1.989) explica que esto se debe: "A los progresos terapéuticos que conducen a una mayor precisión en la evaluación diagnóstica, la propensión a útiles nuevos como los instrumentos estandarizados para las entrevistas diagnósticas, los registros multiaxiales y las aspiraciones de investigaciones que intenten comprender los mecanismos responsables de los trastornos mentales".

Siguiendo la propuesta de Achenbach (1.988), es preciso lograr una integración entre evaluación o diagnóstico y taxonomía. En principio, son dos fases de un único proceso. A través de la evaluación diagnóstica identificaremos las características de cada sujeto. La taxonomía nos permite agrupar a los sujetos por sus características comunes y distintivas a otros. Ambos procesos o situaciones van a ser abordados en este apartado.

1.2.1. DIAGNOSTICO

El término diagnóstico etimológicamente deriva del griego dia-gignosko que equivale a la expresión latina "gnoscere" o "noscere", que significa aprender a conocer, conocer, tener conocimiento, entender algo, conocer a fondo o en profundidad.

Fernández Ballesteros (1.984) define el diagnóstico o evaluación psicológica como: "La disciplina que se ocupa del estudio científico del comportamiento de un sujeto o de un grupo de sujetos determinados, en su

interacción recíproca con el ambiente físico y social, con el fin de describir, clasificar, predecir, y, en su caso, explicar su comportamiento".

El diagnóstico hace referencia a una labor integradora en la cual la persona es objeto de estudio y valoración, a través de las distintas manifestaciones de su conducta.

El diagnóstico en Psiquiatría Infanto-Juvenil debe fundamentarse, como se ha señalado anteriormente, en las características específicas del niño y del adolescente, en su perspectiva evolutiva y contextual, con dos funciones básicas, la función preventiva y la función terapéutica. Precisa de la aportación tanto de la Psicología Evolutiva como de la Psicopatología Infanto-Juvenil así como de otras disciplinas que amplían la comprensión del niño desde las vertientes bio-psico-social.

El objetivo prioritario y fundamental del Diagnóstico infanto-juvenil en su función preventiva, es valorar la población objeto de estudio, diagnosticando lo más precozmente posible los factores de riesgo, y proponiendo objetivos y decisiones acordes con las necesidades detectadas.

En el campo asistencial, ha quedado demostrada, aunque en muchos momentos olvidada, la eficacia del diagnóstico precoz o la identificación temprana de las necesidades terapéuticas.

El diagnóstico precoz conlleva el tratamiento precoz. Aquí radica su sentido y eficacia. Llegar a tiempo, supone, en principio, mejor pronóstico. Pero la función preventiva no cubre todas las necesidades que surgen, por ello, la tarea prioritaria es la evaluación y/o diagnóstico y la intervención ante los pacientes que presentan problemas o alteraciones para dar respuesta a las necesidades asistenciales de estos sujetos.

Como dice Silva (1.988), "en la perspectiva de la evaluación viene a tomar significación concreta la siempre exigida relación del diagnóstico y el tratamiento, lo que debe ser un diagnóstico por y para la intervención y, así mismo, un diagnóstico que no se agota en la antesala del tratamiento, sino que lo acompaña en todo momento, ... y lo sobrevive, pues existe, un importante momento en cuanto al diagnóstico de postratamiento y de seguimiento".

El objetivo primero del proceso diagnóstico consiste en el análisis y desciframiento de la demanda. Es decir, analizar cómo la problemática está inscrita en una red de relaciones que permiten o imposibilitan y hasta qué punto en cada caso, influyen en el desarrollo y crecimiento del niño.

Así pues, todos los datos de la historia del desarrollo que dan forma a la anamnesis, servirán como complementos en la línea de desciframiento del síntoma por el que se acude a consulta.

También nos van a aportar datos sobre las vicisitudes que, tanto los padres como los hijos, han ido entretejiendo transversalmente en los distintos momentos del crecimiento. Esta localización y/o evaluación de los trastornos, corresponde a una aproximación fenomenológica, etapa intermedia entre el motivo de consulta (enunciado del trastorno percibido por el entorno), y la elaboración del diagnóstico (enunciado del concepto psicopatológico por el clínico).

El diagnóstico en Psiquiatría Infanto-Juvenil debe basarse en las características evolutivas del sujeto, las variables a las que está sujeto su desarrollo y la incidencia de factores sociales, biológicos y ambientales. El objetivo de esta evaluación no puede apuntar sólo a lo psíquico, al organismo, o al ambiente, sino debe basarse en las interacciones entre estos tres elementos.

Didier Houzel, en el "Tratado de Psiquiatría del Niño y el Adolescente" publicado por Lebovici, Diatkine y Soulé (1.986), expresa que, el análisis o evaluación psicopatológica en Psiquiatría Infantil debe intentar comprender el

significado de los síntomas en el plano simbólico, económico y evolutivo. Es decir, apreciar la carga afectiva y evaluar el lugar del síntoma en la trayectoria evolutiva del niño.

Este autor añade que, además de evaluar los síntomas en el contexto de la personalidad del niño, hay que situarlos en su relación con el contexto familiar y social analizando:

- la trayectoria evolutiva del niño.
- su funcionamiento psíquico actual.
- la posición afectiva de cada padre para con su hijo.

En función de este análisis se podrá deducir el diagnóstico y su pronóstico.

Uno de los aspectos más complejos en Epidemiología Infanto-Juvenil es el tema del diagnóstico, y las dificultades en la definición de "caso" en contraposición a "no caso", puesto que involucra aspectos tan controvertidos como:

* Lo normal y lo patológico o la definición de salud y enfermedad especialmente difícil en la infancia, donde el desarrollo evolutivo conlleva disarmonías y desajustes temporales, susceptibles de avances y retrocesos imprevisibles.

* Un síntoma o un comportamiento no puede ser considerado como patológico, más que en relación con el nivel de evolución. Como se ha expresado anteriormente, el niño es un ser en desarrollo, en el que tanto lo psíquico como lo corporal, se halla en un estado de modificación constante.

El niño canaliza o expresa sus conflictos por medio de tres vías: el cuerpo, el comportamiento y la organización mental. Cuanto menor o más inmaduro sea el niño más recurrirá al cuerpo (vómitos, trastorno de la alimentación, etc...) o al comportamiento (inquietud, insomnio, tics) y cuanto más evolucionado, se va desplazando hacia la organización mental (angustia, fóbias, etc...).

Es frecuente encontrarnos en la clínica diaria la incertidumbre ante el diagnóstico del niño y/o del adolescente. Incertidumbre por la difícil definición de lo que es un niño, por la imposibilidad de atraparlo estáticamente, por las mediaciones de los adultos para su abordaje y por las limitaciones de los propios instrumentos de diagnóstico.

Englobando la reflexión realizada hasta el momento, podríamos expresar que el diagnóstico en la infancia y en la adolescencia debe contemplar el desarrollo personal global del sujeto situándolo dentro de un contexto y en un proceso continuo en el que el niño y el adolescente es a la vez receptor y actor del mismo, sujeto activo y pasivo, en una continua interacción bio-psico-social. Es decir, analiza al sujeto infante-juvenil que evoluciona, madura y se desarrolla, así como las dificultades para lograrlo. La patología cobra sentido desde esta comprensión.

Al final del proceso diagnóstico, el clínico debe intentar precisar y comprender la organización global de la personalidad del niño o del adolescente que acude a Psiquiatría Infantil. A raíz de esta evaluación estructural trataremos de formular las indicaciones terapéuticas más adecuadas para cada paciente en concreto.

1.2.2. CLASIFICACIONES EN PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

Existe un consenso entre los profesionales de la salud respecto a la necesidad de contar con unas categorías diagnósticas que permitan la comunicación en el ámbito clínico y científico.

J. Guimón (1.989) expresa que las clasificaciones de las enfermedades mentales se hayan sujetas a importantes condicionamientos históricos y personales. El diagnóstico psiquiátrico ha intentado durante siglos seguir fielmente los presupuestos del diagnóstico médico, lo que ha supuesto un sesgo importante en el desarrollo científico de nuestra especialidad.

K. Jaspers (1.965) en su libro "Psicopatología general" define que: clasificar es un complejo proceso consistente en distribuir una clase, o bien un conjunto de clases, de forma que los hechos, datos, fenómenos, sucesos y acontecimientos puedan ordenarse y medirse según criterios predeterminados. Este autor define el diagnóstico como "El último paso en el estudio psicopatológico de un caso".

N. Sartorius (1.989), en el II Congreso Mundial Vasco, que tuvo lugar en Bilbao en 1.987, sobre el tema Diagnóstico en Psiquiatria, sugiere los siguientes requisitos necesarios para una clasificación de enfermedades mentales:

1. Una clasificación debe basarse en puntos de acuerdo entre los profesionales de la salud mental y entre ellos y otros usuarios de la clasificación.
2. Debe ser suficientemente simple y comprensible para permitir una utilización sencilla a aquellos que trataran con trastornos de hallazgo frecuente.

3. La clasificación internacional de enfermedades debe ser en todo momento un servidor más que un amo de las clasificaciones existentes. No debe pretender expulsar, competir o sustituir a clasificaciones regionales o locales, que, a menudo, tienen funciones valiosas y están probablemente bien adaptadas a la situación en la que han surgido.
4. Debe ser suficientemente apreciada como una herramienta de intercambio de información.
5. Debe ser bastante conservadora y teóricamente poco emprendedora para seguir siendo aceptable para una amplia variedad de personas de diferentes orientaciones y conocimientos.
6. Debe ser estable y mantener la regla de que los cambios sólo pueden introducirse cuando existen los suficientes datos científicos que apoyan dicho cambio y facilitan su aceptación.
7. Por razones económicas y científicas debe conservar un cierto grado de continuidad entre revisiones sucesivas.

La utilidad de cualquiera clasificación deriva de los siguientes principios: (Eysenck, 1.987).

- a) Los criterios clasificatorios deben estar basados en semejanzas fundamentales entre los miembros de cada clase.
- b) Los miembros de las diferentes clases de una taxonomía deben diferenciarse con arreglo a las mismas dimensiones de la clasificación.
- c) Los criterios clasificatorios deben facilitar la investigación científica en base a proporcionar un lenguaje común que cuente con consenso entre los expertos.
- d) Los principios organizativos y las bases conceptuales de una clasificación deben ser coherentes con los objetivos buscados.

La adopción de una nosografía psiquiátrica, sin detrimento del análisis individualizado en todos los casos, es necesaria. Da cuenta de los aspectos comunes a los sujetos afectados por un cuadro clínico, y la eficacia de las modalidades terapéuticas solo pueden compararse si los grupos de pacientes se describen con referencia a criterios diagnósticos claramente definidos. Además, con el recurso a la nosografía psiquiátrica se facilita la adopción de un lenguaje común entre los profesionales de la Salud Mental y la comunicación de los resultados a efectos de discutirlos y replicarlos.

Ultimamente está teniendo una especial relevancia el debate sobre los sistemas de clasificación de los trastornos psiquiátricos en general. (Giel y cols, 1.985; Ten Horn y cols, 1.987; Spitzer y cols, 1.982 y N.Sartorius, 1.987), estos autores analizan la importancia de la unificación del lenguaje. Otros como (Wing, 1.974; Essen-Müller, 1.971; Spitzer y colbs., 1.982), expresan la dificultad de establecer una adecuada clasificación de trastornos de una forma uniaxial por lo que recomiendan clasificaciones multiaxiales. Otras discusiones derivado de ellas se centran: en el uso, para que se utilizan y como se utilizan (Spitzer y colbs., 1.982; G. Berrios, 1.989; J. Guimón, 1.987).

La clasificación de los trastornos infantiles ha sido tardía y ha estado en parte influida por los criterios que determinaron la clasificación de los adultos.

El establecimiento de una clasificación en psiquiatría infantil y del adolescente encuentra numerosos obstáculos: Las divergencias teóricas y culturales hasta ideológicas, que existen ya en demasía en el campo del adulto, se encuentran en efecto agravadas por las particularidades de la patología infanto-juvenil que se caracteriza por su dependencia, por sus propias expresiones y la importancia de las relaciones con el entorno. Esta especificidad del período evolutivo en el que se estructura la personalidad, en sus aspectos normales o patológicos, ha sido reconocida en el curso de los últimos decenios, mientras que caía en desuso, la clasificación tradicional basada sobre la organogénesis y la fijación de los trastornos mentales que limitaba considerablemente

el interés de una clasificación propia a estas edades (R. Misés y Ph. Jeammet, 1.984).

Los primeros que se interesaron en el tema de las alteraciones mentales en la infancia no pensaron en clasificar aquellos casos, solamente intentaron compararlos con las alteraciones de los adultos.

Diversos psiquiatras del siglo XIX estimaron que se podía observar en los niños alteraciones análogas a los del adulto. Se puede citar los nombres de Moreau de Tours que escribió "La locura del niño" (1.888) de Mannheimer (1.889) "Las alteraciones mentales del niño" de Magnan, Falret que describió "La locura moral en el adulto y el niño". "La demencia infantil" por Heller en 1.908 y " La demencia precoz" por Sancte de Sanctis en 1.902.

Como se ha descrito anteriormente el desarrollo de los Centros de Ayuda Infantil de André Collin en Francia (1.919) y Hedy en Boston (1.921) inciden que el abordaje psiquiátrico del niño se haga más sistematizado y la necesidad de una clasificación específica infanto-juvenil más presente.

En esta época los primeros intentos de clasificación infantil ponían en relieve diferentes problemas sintetizados por Lebovici (1.985):

1. Se buscaban nomenclaturas que explicasen tan exactamente como fuera posible los hechos observados, poniéndoles en relación con los trastornos mentales del adulto.
2. Otros intentaban la búsqueda de un diagnóstico que sobrepasara la simple nomenclatura.
3. El interés o desinterés de ciertos autores se reflejaba en el lugar que algunas categorías eran encuadradas.
4. Las primeras clasificaciones se orientaban según las ideas teóricas de los distintos autores sobre la etiopatogénia de los trastornos

mentales del niño. En este sentido se podía observar una oposición de los factores hereditarios y constitucionales con los factores ambientales.

S. Lebovici expresa que estos inicios de clasificación sólo satisfacían a las justificaciones teóricas de distintos autores o a la acción puramente administrativa. Poco a poco han ido cediendo para dar lugar a verdaderos ensayos nosográficos.

1.2.2.1. PRINCIPALES CLASIFICACIONES DIAGNOSTICAS EN PSIQUIATRIA INFANTIL:

Desde los primeros intentos de finales del siglo XIX y principios del XX, con los trabajos de Kraepelin, muchos han sido los intentos nosográficos realizados por distintas escuelas.

En la década de los cincuenta-sesenta, la OMS establece una Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) intentando incluir las enfermedades mentales. Dicha clasificación ha sufrido múltiples revisiones, siendo las últimas la CIE-9 que data de finales del setenta y en la actualidad la CIE-10. Es en la revisión de la CIE-8 donde se incluyen categorías para la infancia.

En la década de los sesenta-setenta, la American Psychiatry Association realiza otros intentos conocidos con las siglas D.S.M. Las clasificaciones iniciales DSM-I y DSM-II eran uniaxiales y en 1.980, el DSM-III pasa a ser multiaxial, introduciendo importantes novedades con relación a lo existente.

En medio de esta situación surge el importante estudio del Comité de Psiquiatría Infantil del Group for Advancement of Psychiatry, con el fin de sistematizar los trastornos psicopatológicos infantiles.

En 1.967, en el seminario internacional de la OMS, que tuvo lugar en París, reunió a un grupo de expertos que habían estudiado y continúan estudiando las clasificaciones de las alteraciones mentales. Aquel año se trató de la psiquiatría del niño. Esta reunión fue consagrada a ejercicios diagnósticos y al estudio de ciertos documentos publicados en francés en "Psiquiatría del Niño" Volumen XI, 2 (1.968).

En 1.970 Wing en Inglaterra, en 1.971 Essen Müller en Suecia y Helmchem en Alemania critican el hecho de la uniaxialidad, sobre todo para la infancia y la adolescencia.

Estas discusiones influyeron para la realización de una clasificación triaxial, de los trastornos mentales del niño (SMA) bajo la dirección de M.Rutter, concretadas en una monografía ulterior y publicada por la OMS en 1.975.

La propuesta inicial preveía tres ejes:

- 1 Eje. El que trataba de marcar el síndrome psiquiátrico.
- 2 Eje. La evaluación del nivel intelectual.
- 3 Eje. La enumeración de los factores asociados y/o etiológicos. Este último eje se ha separado posteriormente en dos subapartados:
 - 1. Factores orgánicos.
 - 2. Influencias psicosociales o etiológicas.

Simultáneamente, en Francia se diseña otra clasificación multiaxial publicada en 1.963 por Lebovici, S. y Sadun, R., con el título "Registro del Diagnóstico en el Centro de Salud Mental Alfred Binet" y conocida como C.A.B. Esta clasificación, exclusivamente infantil, establece un sistema diagnóstico que comporta: 1) un referencia diagnóstica de base con doce categorías; 2) la estimación del grado de inteligencia; 3) trastornos asociados (instrumentales, reaccionales o psicosomáticos); 4) una referencia etiológica y 5) una referencia pronóstica en la que se incluyen aspectos psicosociales y el papel de la familia y de la terapia. La crítica que se le realiza es que más que una clasificación, se aproxima a un índice de evaluación diagnóstica, pronóstica y terapéutica propia de los trabajos internos de un equipo con amplia formación psicoanalítica.

En 1.980 la Asociación Americana de Psiquiatría publica el **DSM-III**, y el **DSM III-R** (APA, 1.987) con criterios multiaxial e intentan incluir aspectos evolutivos y del desarrollo. Representan un cambio radical en relación a las revisiones precedentes y a cualquier otra clasificación. Brevemente expondré las principales características:

- Estas clasificaciones son multiaxiales y constan de cinco ejes.

- Cada categoría y subcategoría consta de criterios de inclusión y de exclusión. Los criterios están basados sobre comportamientos objetivables y datos cuantificados, especialmente en cuanto a la frecuencia y duración de los síntomas.

- Realizan una descripción operativa de los síntomas en lugar de centrarse en categorías clínicas.

- Se declaran ateóricas en relación a la etiología por la incertidumbre que existe en la mayoría de los trastornos mentales y con el fin de evitar que la inclusión de hipótesis etiológicas no sea un obstáculo para su utilización. Numerosos autores han criticado este aspecto, expresando que esta postura se ha seguido de manera drástica y ha desencadenado la desaparición de algunos términos básicos. Las psicosis infantiles se denominan trastornos globales del desarrollo y el término de neurosis ha desaparecido repartiéndose entre los trastornos afectivos, de ansiedad, somáticos y psicosexuales.

- El eje II está reservado a los trastornos específicos del desarrollo en la infancia y adolescencia.

- Se ha introducido en el eje IV la escala para evaluar el estrés psicosocial y en el eje V el nivel de adaptación social y laboral en el transcurso del último año (GAF).

Sobre todo en Europa se ha criticado esta clasificación en algunos aspectos tocantes a la infancia (Lefevre, 1.981; y Lefevre y cols., 1.983), defendiendo aspectos parciales (Verhulst, 1.985; Achenback, 1.982) critican la evaluación de los síntomas ya que deciden simplemente si están o no presentes sin ninguna especificación cuantitativa. Schact y Nathan expresan que existe cierta desatención a los factores sociales y ambientales que tienden a mantener y agravar los trastornos de la conducta. (Bursztejn y Pomes, 1.989; Climent y Burns, y Pedreira, 1.986), analizan las dificultades ante las posibles aplicaciones para el trabajo con Atención Primaria en Salud Mental Infanto-juvenil.

En definitiva CIE-9, CIE-10 y el DSM-III, DSM-III-R participan en gestiones diferentes. Han surgido numerosos artículos analizando las ventajas e inconvenientes de ambas clasificaciones a la hora de su aplicación en la clínica, para fines epidemiológicos y de investigación. Existe una mayor tendencia a la utilización de la CIE-9 y CIE-10 en los países europeos y en su aplicación clínica, aunque se reconoce la limitación de su uniaxialidad. Ante las diferencias de ambas clasificaciones, Lefèvre, Lebovici y Jeammet, 1983 ; Misès y Ph.Jeammet, 1.986 expresan que: las primeras, clásicas en sus formulaciones, hacen un llamamiento al sentido clínico en la gestión diagnóstica. Su práctica clínica resulta fácil. Por el contrario, estos autores comentan que sufren de imprecisiones en las categorías, siendo consideradas demasiado amplias, dejando lugar a la complejidad y analizando el comportamiento del niño de forma muy global.

Respecto al DSM-III y DSM-III-R, expresan que la atención del clínico corre el riesgo de desviarse de la consideración del conjunto de datos, en su complejidad, para concentrarse exclusivamente en un despistaje de los síntomas. Esta atención dirigida de esta forma hacia el comportamiento apenas deja apreciar los parámetros evolutivos tan importantes en psiquiatría Infanto-Juvenil. Las ventajas del DSM-III-R desde la perspectiva metodológica es analizada por numerosos autores, entre ellos, Etxeburua, Civeira (1.990), expresando que supone una mejora en relación con la CIE-10, ya que facilita las investigaciones, en relación a la mayor fiabilidad entre evaluadores, en validez y en su homogeneidad.

Puede resultar reiterativo, pero es obligado decir, que la perspectiva evolutiva ha de ser un marco teórico que categorice y clasifique el comportamiento infantil. La nosografía de los trastornos infantiles debería insistir con más frecuencia en el curso, evolución y pronóstico de los mismos. Como señalan Achenbach y Edelbrock (1.984), la dificultad estriba en el hecho de tratar problemas que afectan a sujetos susceptibles de cambios evolutivos constantes y profundos.

J. Lustin (1.975) plantea la cuestión de la no estructuración de la personalidad del niño y del adolescente, señalando que en él nada es fijo ni está definido, es un ser en continua evolución que se va adaptando progresivamente.

Garber sugirió que las características que debería reunir una clasificación diagnóstica infantil eran las siguientes:

- Evitar el adultomorfismo.
- Evitar exclusivamente la perspectiva longitudinal, es decir, no considerar los trastornos infantiles únicamente como precursores de los trastornos adultos.
- Clasificar no sólo desde el punto de vista evolutivo sino también en el contexto en que este acontece. La plasticidad y la consecuente adaptación y desadaptación del niño así lo exige.

Esta misma autora expresa que la clasificación no debe basarse en una numeración de síntomas, pues no tendría sentido. Lo normal y lo patológico hacen siempre referencia a la edad, sexo, ambiente, y nivel evolutivo, y eso a todos los niveles: cognitivo, emocional y social.

Con criterios empíricos y pragmáticos las condiciones consideradas adecuadas para clasificar los trastornos psiquiátricos en infancia han sido enumeradas recientemente por Rutter y cols (1.978, 1.979 y 1.985), C. Ballesteros y cols (1.985, 1.987), V. Conde (1.989).

- La clasificación debe basarse en hechos, no en conceptos.
- Estará definida en "términos operativos".
- Será fiable y válida.
- Cumplirá una adecuada diferenciación y discriminación entre los trastornos, no solamente separando categorías, sino que entre ellas difieran en términos de etiopatogénia, evolución, valor predictivo o pronóstico.
- Debe poseer una cobertura o ámbito de aplicación capaz de conseguir que ningún trastorno o proceso psicopatológico importante sea omitido.

Estas condiciones ideales no se dan en clasificación médica alguna y no son un problema específico de la psiquiatría (R. Gross, 1.979). La CIE (OMS, 1.976, 1.978, 1.988) y los DSM (APA, 1.968, 1.983, 1.986, 1.987), incluida su última edición aunque lo intenten, y sean las que más se aproximan, no parecen haber proporcionado aún opciones adecuadas a este reto. Sartorius y Graham han sido los que más estimulan a que se siga investigando sobre estudios en esta dirección de la multiaxialidad aplicada a la Salud Mental Infanto-Juvenil.

Bajo este consejo, en 1.990 se publica la **Clasificación Francesa de las Alteraciones Mentales del Niño y del Adolescente. (CFTMEA)**, presentada por R. Misès.

1.2.3. CLASIFICACION FRANCESA DE LOS TRASTORNOS MENTALES DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (CFTMEA):

El grupo de trabajo se constituyó, bajo la dirección de R. Sadoun, Ph. Jeammet y R. Misès (1.984), con el objetivo de subsanar las insuficiencias observadas en las clasificaciones de los trastornos mentales en lo referente a la infancia y a la adolescencia. Este proyecto se apoyó sobre los estudios de la OMS y sobre el análisis crítico de diversas clasificaciones, especialmente la del Centro Alfred Binet (CAB).

1.2.3.1. DESCRIPCION

Es una clasificación estadística biaxial, en la que se incluye un glosario explicativo de las categorías que utiliza. Ofrece criterios precisos de inclusión y de exclusión. Delimita síndromes, organizaciones y perturbaciones que se distinguen por su naturaleza y virtualidades evolutivas. Estos autores insisten que al tratarse del niño y del adolescente hay que considerar que están inmersos en su evolución, por lo que la clasificación reposa sobre parámetros "evolutivos y actuales" de la patología dominante, no teniendo un valor definitivo, ya que ulteriormente la evolución del trastorno puede conducir a tener que ser clasificado en otras categorías.

Esta clasificación (CFTMEA) tiene equivalencia con la proyectada CIE - 10 de la Organización Mundial de la Salud. Para este fin los autores de la clasificación francesa colaboraron con responsables de la OMS, teniendo en cuenta los dos proyectos de clasificación a fin de que su empleo no fuese obstáculo cuando hay que establecer una comunicación a escala internacional. Los participantes del grupo de trabajo por parte de la OMS fueron M. RUTTER, N. SARTORIUS, J. van DRIMMELEN y del lado francés, S. LEBOVICI, R. MISES, N. QUEMADA, R. SADOON, éste último como director del Centro Colaborador de la OMS para la investigación y la formación en Salud Mental.

El Eje I describe las categorías clínicas de base, pudiendo ser utilizado una o más categorías. Categoría principal y categoría secundaria, que puede completar el diagnóstico principal.

El Eje II desarrolla los factores asociados o anteriores eventualmente etiológicos. Este Eje II permite retener, bajo dos rúbricas distintas: afecciones orgánicas y los factores ambientales. Mas que un peso etiopatogenico este Eje autoriza el apoyo de las condiciones relacionadas en las que la enfermedad orgánica, los factores relacionales y sociales deben ser considerados en su dimensión interactiva.

Los autores de esta clasificación, específicamente para niños y adolescentes, realizan algunas aclaraciones respecto a su aplicación con los lactantes y los adolescentes. Para los primeros, se contemplan categorías respecto a la perspectiva interactiva que se da en los primeros meses de la vida: el exceso o la falta de interacción puede marcar el umbral del comienzo de las dificultades y trastornos en vía de constitución. Esta perspectiva centrada en la vida, y no en el individuo, se ha procurado matizar con categorías y subcategorías. A este propósito recuerdan que hay otras clasificaciones exclusivas de lactantes, como es la de J. Cali (1.983). Es una clasificación monoaxial y consta de diez rúbricas, síndromes clínicos (trastornos psicósomáticos, del comportamiento, desórdenes del vínculo), y factores etiológicos (ligados al ambiente, de origen genético, etc.). Otra clasificación es la de Kreisler (1.984) que comportan cuatro ejes: referencia sintomática (expresión somática), trastorno del desarrollo (expresión psicomotriz y comportamental), referencia estructural, referencia a las influencias etiológicas (según el grado o la naturaleza del riesgo). Cada una de estas clasificaciones, con sus ventajas e inconvenientes, se dirigen sólo al lactante por lo que se alejan en su perspectiva de la CFTMEA de Mises y cols. Ellos insisten en decir, que esta clasificación está orientada más al niño y al adolescente.

En el comentario especial que hacen a propósito de la aplicación de esta clasificación en el adolescente advierten que, a esta edad se dan cita dificultades en función de una patología muy cambiante y que hay que contar con un

potencial evolutivo y prever el riesgo de que puedan fijarse u organizarse de otra forma. Las clasificaciones en ellos, por estas condiciones, se exponen a dejar de lado numerosas situaciones patológicas, cargadas de riesgos evolutivos evidentes si se limitan a ser hechas con unidades sindrómicas ya organizadas a nivel de adulto. Por otra parte insisten estos autores en que sería inútil e incluso peligroso no utilizar más criterios fundados sobre los síntomas y comportamientos manifiestos sin preocuparse de la organización de la personalidad subyacente y de su significación en relación con ésta.

Son numerosos los autores que, a raíz de su publicación, han utilizado y analizado esta Clasificación. N. Quemada (1.990), expresa la satisfacción de la clasificación en una encuesta nacional efectuada en 1.988 que se efectuó a 57.000 niños y adolescentes. J.P. Valla y cols, 1.990; y B. Touati y cols, 1990 subrayan el interés de la CFTMEA en relación al DSM-III-R y a la ICD-10. J. Manzano (1.990) analiza las ventajas e inconvenientes de esta clasificación, sugiriendo la necesidad de una mayor discriminación en la categoría: Patología de la Personalidad. P. Sakellaropoulos y cols en Grecia (1.990), S. Nikolic en Yugoslavia y F. Angulo (1.990) expresan que el beneficio de este sistema clasificatorio es la apreciación de los aspectos específicos de la psicopatología en la infancia y en la adolescencia.

Esta clasificación (CFTMEA), no ha sido publicada todavía en nuestro país, por lo cual adjuntamos en el Anexo, el glosario de esta clasificación.

La traducción de la misma, en la cual he participado, va a ser próximamente publicada en los Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil. Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA).

A continuación adjuntamos la lista de las categorías diagnósticas.

LISTA DE CATEGORIAS DIAGNOSTICAS (CLASIFICACION FRANCESA)

EJE I.- CATEGORIAS CLINICAS DE BASE

1.- PSICOSIS.

- 1.00 - Autismo infantil precoz tipo Kanner
- 1.01 - Otras formas de autismo infantil
- 1.02 - Psicosis precoces deficitarias
- 1.03 - Disarmonías psicóticas
- 1.04 - Psicosis de tipo esquizofrénico que aparecen durante la infancia
- 1.05 - Psicosis de tipo esquizofrénico que aparecen en la adolescencia
- 1.06 - Psicosis distímicas
- 1.07 - Psicosis agudas
- 1.08 - Otras
- 1.09 - No especificadas

2.- TRASTORNOS NEUROTICOS

(Posibilidad de asociar dos síndromes individualizados entre las categorías 2.00 y 2.08 anotando en este caso sólo la segunda cifra de cada subcategoría, p.ej. trastornos neuróticos con predominio fóbico obsesivo serán codificadas 2.23)

- 2.00 - Trastornos neuróticos evolutivos de predominio ansioso
- 2.01 - Trastornos neuróticos evolutivos de predominio histérico
- 2.02 - Trastornos neuróticos evolutivos de predominio fóbico
- 2.03 - Trastornos neuróticos evolutivos de predominio obsesivo
- 2.04 - Trastornos neuróticos evolutivos en las que predomina la inhibición
- 2.05 - Depresión neurótica
- 2.06 - Patologías neuróticas de la personalidad
- 2.07 - Problemas o trastornos neuróticos con perturbaciones de las funciones instrumentales
- 2.08 - Otros
- 2.09 - No especificados

3.- PATOLOGIA DE LA PERSONALIDAD (Fuera de neurosis y psicosis)

- 3.00 - Patología de la personalidad y/o del comportamiento dentro de una disarmonía evolutiva
- 3.01 - Patología narcisística y/o anaclítica, depresiones crónicas, abandonismo
- 3.02 - Organizaciones de tipo caracterial o psicopático
- 3.03 - Organizaciones de tipo perverso
- 3.04 - Problemas de identidad sexual
- 3.08 - Otras
- 3.09 - No especificadas

4.- TRASTORNOS REACTIVOS

Clasificar aquí los trastornos que se definen por su aparición reciente con una causa precisa junto a integridad de la personalidad. No pueden ser empleadas mas que en los casos en los que una intervención terapéutica precoz resuelve la situación.

- 4.00 - Depresión reactiva
- 4.01 - Manifestaciones reactivas diversas (independientemente de cual sea el modo de expresión mental, comportamental, escolar, social)
- 4.09 - No especificadas

5.- DEFICIENCIAS MENTALES (Retrasos, debilidades mentales y demencias).

No se clasificará en este apartado más que aquellos casos en que éste sea el diagnóstico principal, y utilizar al mismo tiempo la categoría y el nivel de la deficiencia. Las otras formas se clasificarán prioritariamente en 1, 2 ó 3 según la naturaleza de la patología dominante, no apareciendo la deficiencia mental más que como categoría complementaria. Indicar a la vez la categoría de la deficiencia y el nivel mental (según las normas de CI utilizadas por la OMS). Una deficiencia armónica de CI no será codificada 5.15.

Cociente Intelectual

Categoría

5.0x 50-69	5.x5 Deficiencia armónica
5.1x 35-49	5.x6 Deficiencia disarmónica
5.2x 20-34	5.x7 Deficiencia con polipatología sensorial y/o motora
5.3x < que 20	5.x8 Demencia
5.4x Sin especificar	5.x9 Sin especificar

6.- TRASTORNOS DE LAS FUNCIONES INSTRUMENTALES

No incluir en esta categoría más que aquellos casos en los que no puedan utilizarse alguno de los apartados anteriores. Cuando puedan ser incluidos en otros apartados, utilizarla como diagnóstico complementario.

- 6.00 - Retraso del lenguaje
- 6.01 - Trastornos aislados de la articulación
- 6.02 - Trastornos complejos del lenguaje oral
- 6.03 - Trastornos lexicográficos
- 6.04 - Discalculia
- 6.05 - Trastornos del razonamiento
- 6.06 - Tartamudez, farfuleo
- 6.07 - Mutismo selectivo
- 6.08 - Hiperquinesia, inestabilidades psicomotrices
- 6.09 - Hiperquinesia asociada con movimientos estereotipados
- 6.10 - Retraso psicomotor
- 6.11 - Otros trastornos psicomotores
- 6.12 - Tics aislados
- 6.13 - Enfermedad de Gilles de la Tourette
- 6.14 - Trastornos del lenguaje y de psicomotricidad asociados.
- 6.15 - Otras (Fracaso escolar)
- 6.16 - No especificadas

7.- TRASTORNOS LIGADOS AL USO DE ALCOHOL Y DROGAS

No clasificar aquí como categoría principal más que las formas en las que predomina la conducta toxicómana cualquiera que pudiera ser la patología subyacente. Las otras formas se clasificarán prioritariamente en 1, 2, 3 ó 4 según la naturaleza de la patología dominante, apareciendo la toxicomanía solamente como categoría complementaria. Identificar a la vez el uso y el producto utilizado. El uso ocasional de cocaína será codificado 7.16.

Uso	Producto empleado
7.0x Continuo	7.x0 Alcohol
7.1x Ocasional	7.x1 Tabaco
7.2x En remisión	7.x2 Hipnóticos y tranquilizantes
7.3x En desintoxicación	7.x3 Morfínicos
7.4x No especificado	7.x4 Cannabis
	7.x5 Alucinógenos
	7.x6 Psicoestimulantes (cocaína, cafeína, anfetaminas)
	7.x7 Disolventes
	7.x8 Politoxicomanías
	7.x9 Otros productos, y no especificados

8.- TRASTORNOS DE LA EXPRESION SOMATICA Y/O COMPORTAMENTAL

Clasificar aquí como categoría principal los trastornos de expresión somática y/o comportamental, no inscribiéndose en una patología que debe ser clasificada prioritariamente en las rúbricas del 1 al 5. En los otros casos hacer aparecer las expresiones de expresión somática o comportamental como categoría complementaria.

- 8.00 - Trastornos psicosomáticos
- 8.01 - Trastornos psicofuncionales
- 8.02 - Anorexia Mental
- 8.03 - Bulimia sin obesidad
- 8.04 - Bulimia con obesidad
- 8.05 - Otros trastornos de la conducta alimenticia
- 8.06 - Enuresis
- 8.07 - Encopresis
- 8.08 - Trastornos del sueño
- 8.09 - Tentativa de suicidio
- 8.10 - Trastornos aislados del comportamiento
- 8.11 - Retraso del crecimiento psicógeno
- 8.12 - Otros
- 8.13 - No especificados

No utilizar esta categoría como diagnóstico principal más que en aquellos casos en los que no haya sido posible incluirlo en alguno de los anteriores.

9.- VARIACIONES DE LA NORMA

- 9.00 - Angustias, rituales, miedos
- 9.01 - Momentos depresivos
- 9.02 - Conductas de oposición
- 9.03 - Conductas de aislamiento
- 9.04 - Dificultades escolares que no pueden ser clasificadas en otros apartados.
- 9.05 - Retrasos o regresiones transitorios
- 9.06 - Aspectos originales de la personalidad
- 9.08 - Otros
- 9.09 - No especificados

EJE II.- FACTORES ASOCIADOS O ANTERIORES Y EVENTUALMENTE ETIOLOGICOS

1.- FACTORES ORGANICOS (Utilizar si fuera necesario más de un código)

10.- Ausencia de factores orgánicos conocidos.

11.- Factores prenatales de origen materno:

- 11.0 - Intoxicación infecciosa o parasitaria (rubeola, toxoplasmosis, sífilis...)
- 11.1 - Intoxicación tóxica (alcohol, medicamentos, drogas, irradiación...)
- 11.2 - Intoxicación relacionada con una enfermedad de la madre (diabetes, cardiopatía, malnutrición severa...)
- 11.3 - Otras

12.- Factores perinatales

- 12.0 - Prematuridad, dismatured
- 12.1 - Sufrimiento cerebral perinatal
- 12.2 - Incompatibilidad sanguínea materno-fetal
- 12.3 - Otras

13.- Lesiones cerebrales postnatales

- 13.0 - De origen infeccioso (viral, bacteriano) o parasitario
- 13.1 - De origen tóxico
- 13.2 - Por traumatismo craneal
- 13.3 - Tumores cerebrales
- 13.4 - Otros

14.- Enfermedades de origen congénito o genético

- 14.0 - Trisomía 21 o Mongolismo
- 14.1 - Otras anomalías cromosómicas autosómicas
- 14.2 - Anomalías cromosómicas gonosómicas (síndrome del cromosoma X frágil, disgenesia gonádica).
- 14.3 - Fenilcetonuria
- 14.4 - Otras enfermedades metabólicas
- 14.5 - Hipotiroidismo congénito
- 14.6 - Neuroectodermatosis congénitas (esclerosis tuberculosa de Bourneville).
- 14.7 - Malformaciones cerebrales congénitas (microcefalia, macrocefalia, hidrocefalia...)
- 14.8 - Otras

15.- Enfermedades y afecciones somáticas invalidantes

- 15.0 - Déficit sensoriales
- 15.1 - Lesiones motoras de origen central (IMC)
- 15.2 - Lesiones neurológicas de origen no cerebral
- 15.3 - Afecciones musculares (miopatía,...)
- 15.4 - Malformaciones congénitas no cerebrales (espina bífida, pseudohermafroditismo)
- 15.5 - Secuelas de accidentes físicos sin lesiones cerebrales
- 15.6 - SIDA
- 15.7 - Hemofilia
- 15.8 - Enfermedades somáticas de largo curso (cáncer, diabetes, afección bronco--pulmonar...)
- 15.9 - Otras

16.- Convulsiones y epilepsia

- 16.0 - Epilepsia idiopática
- 16.1 - Encefalopatía epiléptica evolutiva y epilepsias severas (síndrome de West y de Lennox-Gastaut)
- 16.2 - Otras epilepsias sintomáticas
- 16.3 - Manifestaciones convulsivas no epilépticas
- 16.4 - Otras

17.-Antecedentes de enfermedades somáticas en la infancia**18.- Otras****19.- Sin respuesta por falta de información**

2. - FACTORES Y CONDICIONES DEL DESARROLLO (Utilizar si fuera necesario más de un código)

20.- No existen factores del desarrollo a retener

21.- Trastornos mentales o perturbaciones psicológicas comprobadas en la familia

- 21.0 - Psicosis puerperal
- 21.1 - Depresión maternal en período postnatal
- 21.2 - Disfuncionamiento interactivo precoz
- 21.3 - Discontinuidad en los procesos de cuidados maternos en el 1er. año
- 21.4 - Otro trastorno importante de relaciones precoces
- 21.5 - Trastornos mentales de uno o los dos padres (distintos de los clasificados en 21.0 ó 21.1)
- 21.6 - Trastornos mentales de otro miembro de la familia
- 21.7 - Alcoholismo o toxicomanía parental
- 21.8 - Perturbaciones psicológicas severas y actuales en el medio familiar
- 21.9 - Otros

22.- Carencias afectivas, educativas, sociales, culturales

- 22.0 - Carencias afectivas precoces
- 22.1 - Carencias afectivas ulteriores
- 22.2 - Carencias socio-educativas
- 22.3 - Otros

23.- Malos tratos y negligencias graves

- 23.0 - Sevicias y violencias físicas
- 23.1 - Negligencias graves
- 23.2 - Abuso sexual
- 23.3 - Otros

24.- Acontecimientos que entrañan la ruptura de lazos afectivos

- 24.0 - Hospitalización o estancia institucional prolongada o repetitiva del niño
- 24.1 - Ruptura interactiva de los modos de cuidado
- 24.2 - Hospitalización o estancia institucional prolongada o repetitiva de uno o los dos padres
- 24.3 - Muerte de uno o los dos padres
- 24.4 - Muerte de uno o los dos abuelos
- 24.5 - Muerte entre los hermanos
- 24.6 - Abandono parental
- 24.7 - Otros

25.- Contexto socio-familiar particular

- 25.0 - Gemelidad
- 25.1 - Niño actualmente acogido
- 25.2 - Niño adoptado
- 25.3 - Niño de padres separados
- 25.4 - Niño criado por los abuelos
- 25.5 - Familia monoparental
- 25.6 - Familia inmigrada
- 25.7 - Enfermedad orgánica grave de uno de los padres
- 25.8 - Medio socio-familiar muy desfavorecido
- 25.9 - Otro

26.- Niño nacido por procreación artificial**28.- Otros****29.- Sin respuesta por falta de información**

1.2.3.2. MODO DE UTILIZACION

Los autores de esta clasificación señalan las siguientes indicaciones:

EJE I : CATEGORIAS CLINICAS DE BASE

La clasificación (CFTMEA) en el eje I, conduce a la elección de una o más rúbricas de tres cifras de este eje, respetando las siguientes reglas:

1.- La elección de la categoría principal.

La clasificación descansa bajo la elección de una rúbrica de tres cifras que constituye la categoría principal.

a) Las categorías 1 a 4 responden a organizaciones excluyentes la una de la otra y que tienen un lugar preponderante; el clínico está llamado a retenerlas de forma prioritaria e incluir los casos en que los trastornos, justificando la clasificación en una de las cuatro categorías aún cuando se asocien a otras manifestaciones (éstas que aparecen solamente como categorías complementarias en las condiciones precisadas más abajo).

b) Se consideran las categorías 5, 6, 7 y 8 en categoría principal sólo en los casos en los que los trastornos no puedan ser inscritas en las categorías 1 a 4.

2.- Recurrir a una categoría complementaria.

Después de haber efectuado la clasificación en una categoría principal es posible añadir una rúbrica complementaria, también de 3 cifras considerando las categorías siguientes según los casos:

a) Para señalar la asociación a una insuficiencia intelectual se recurrirá a la escala de nivel mental que figura en la categoría 5 (por ejemplo una psicosis precoz deficitaria con retardo disarmónico con cociente intelectual 40, será codificada: 1.02, 5.16).

b) Para señalar la asociación a los trastornos de las funciones instrumentales, recurriremos a la categoría 6 (por ejemplo, alteraciones neuróticas evolutivas con dominancia fóbica con trastornos lexicográficos serán codificadas: 2.02, 6.03).

c) Para señalar la asociación a trastornos ligados al uso de drogas o alcohol, recurriremos a la categoría 7 (por ejemplo un carácter neurótico con uso ocasional de alcohol será codificado: 2.06, 7.10).

d) Para señalar la intrincación de trastornos de expresión somática y/o comportamental, recurriremos a la categoría 8 (por ejemplo una disarmonía psicótica con encopresis será codificada: 1.03, 8.07).

3.- Casos particulares.

a) Para las deficiencias mentales se anotan a la vez el nivel de retraso (2ª cifra) y la naturaleza de los trastornos (3ª cifra). Por ejemplo: una deficiencia armónica con un C.I. de 60 será codificada: 5.05.

b) Para los trastornos ligados al uso de drogas y alcohol se puede identificar a la vez el uso (2ª cifra) y el producto utilizado (3ª cifra). Por ejemplo: el uso ocasional de cocaína será codificado: 7.16.

c) Para los trastornos neuróticos en cuyas rúbricas individualizan la dominante (de 2.00 a 2.07) es posible registrar la asociación de dos síndromes igualmente dominantes creando nuevas subrúbricas. Se retiene pues además de número de la categoría las terceras cifras de las rúbricas que caracterizan cada uno de los síndromes. Por ejemplo: los trastornos neuróticos con dominancia fóbico-obsesiva serán codificados: 2.23.

d) Las depresiones, más que ser agrupadas en un cuadro común, han sido repartidas en función de la organización donde aparece el síndrome depresivo. La elección se propone entre: psicosis distímica (1.06), depresión neurótica (2.05), depresión crónica (3.01), depresión reaccional (4.00), momento depresivo que corresponde a una variación de la norma (9.01).

e) Las tentativas de suicidio (8.09) han sido individualizadas en sentido de la categoría 8 en razón de su frecuencia y de la importancia que revisten en psiquiatría del adolescente, incluso si no constituyen en sí mismos un trastorno. Es por tanto conveniente registrarlos sistemáticamente, ya aparezcan aisladamente o se inscriban en una patología que se pueda clasificar en otra categoría.

EJE II : FACTORES ASOCIADOS O EVENTUALMENTE ETIOLOGICOS

En cada uno de los dos cuadros considerados, los factores orgánicos (1) y los factores y condiciones ambientales (2) es posible registrar más de un factor si se considera necesario en la clasificación. Esto permite retener los elementos que hayan jugado un papel determinante en la historia del niño pero igualmente autoriza a apuntar correlaciones actuales que no tienen de forma evidente un valor etiopatogénico.

Así ante un autismo infantil precoz, tipo Kanner (1.00 sobre el eje I), el clínico podrá retener a su vez en el eje II una anomalía cromosómica (14.2), una prematuridad (12.0), carencias afectivas precoces (22.0), hospitalización o emplazamiento institucional prolongado o repetitivo del niño (24.0). Estos elementos en su conjunto permiten escapar a un sistema explicativo unívoco.

La rúbrica 25 "contexto socio-familiar particular" proporciona una lista no exhaustiva de situaciones particulares que parece necesario poder registrar fuera de todo perjuicio etiológico.

1.2.3.3. EQUIVALENCIA ENTRE CFTMEA Y LA CIE-10

La tabla de equivalencias entre los proyectos de la CFTMEA y de la CIE 10 fue realizada en 1987 por un grupo de especialistas compuesto por:

- . Doctor G. Chaillet, Centro Hospitalario de Luxemburgo
- . Doctor J. van Drimmlen, Salud Mental, OMS, Ginebra (Suiza)
- . Profesor S. Lebovici, Facultad de Medicina de Bobigny, Francia
- . Profesor R. Misès, Fundación Vallée, Gentilly, Francia
- . Doctor N. Quemada, INSERM, Centro Paul Broca, París, Francia
- . Profesor M. Rutter, Departamento de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Instituto de Psiquiatría, DE Crespigny Park, Londres.
- . Doctor R. Sadoun, INSERM, Centro Paul Broca, París, Francia.
- . Doctor N. Sartorius, Director de Salud Mental, OMS, Ginebra, Suiza.

Las equivalencias que a continuación presentamos, han sido efectuadas y completadas en Octubre y Noviembre de 1990 por J. Van Drimmlen, R. Misès y N. Quemada.

TABLA DE EQUIVALENCIAS ENTRE LA CFTMEA Y LA CIE-10

CFTMEA	CIE-10
<u>1. Psicosis</u>	
1.00 Autismo infantil precoz tipo Kan- ner	F 84.0 Autismo infantil
1.01 Otras formas de autismo infantil	F 84.1 Autismo atípico
1.02 Psicosis precoces deficitarias	F 84.2 Síndrome de Rett F 84.4 Hiperactividad asociada a un retardo mental y a movimientos estereotipados F 84.8 Otros trastornos invaden el desa- rrollo
1.03 Disarmonías psicóticas	F 84.5 Síndrome de Asperger F 84.8 Otros trastornos invaden el desa- rrollo
1.04 Psicosis de tipo esquizofrénico que surgen en la infancia	F 84.3 Otros trastornos desintegrativos de la infancia
1.05 Psicosis de tipo esquizofrénico que surgen en la adolescencia	F 20 Esquizofrenia F 20 Esquizofrenia
1.06 Psicosis distímicas	F 30.2 Manía con síntomas psicóticos F 31 Trastornos afectivos bipolares F 32.3 Episodio depresivo severo con síntomas psicóticos F 33.3 Trastornos depresivos recurrentes, episodio actual severo con sínto- mas psicótico
1.07 Psicosis agudas	F 23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios
1.08 Otros	F 84.8 Otros trastornos que invaden el desarrollo F 28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos
1.09 No especificadas	F 84.9 Trastornos que invaden el desa- rrollo sin precisar F 29 Psicosis no orgánica, sin precisar

2. Trastornos neuróticos

- | | | |
|------|--|--|
| 2.00 | Trastornos neuróticos evolutivos con dominancia ansiosa | F 93.0 Angustia de separación de la infancia |
| | | F 41.0 Trastornos de pánico |
| | | F 41.1 Ansiedad generalizada |
| 2.01 | Trastornos neuróticos evolutivos con dominancia histérica | F 44 Trastornos disociativos (de conversión) |
| | | F 45.0 Somatización |
| | | F 45.1 Trastorno somatoforme indiferenciado |
| 2.02 | Trastornos neuróticos evolutivos con dominancia fóbica | F 93.1 Problemas de ansiedad fóbica de la infancia |
| | | F 93.2 Ansiedad social de la infancia |
| | | F 40 Problemas ansiosos fóbicos |
| 2.03 | Trastornos neuróticos evolutivos de dominancia obsesiva | F 42 Trastornos obsesivos compulsivos |
| 2.04 | Trastornos neuróticos evolutivos con predominancia de las inhibiciones | F 93.8 Otros trastornos emocionales de la infancia |
| 2.05 | Depresión neurótica | F 32.0 Episodios depresivos ligeros |
| | | F 32.1 Episodios depresivos medios |
| | | F 32.2 Episodios depresivos severos sin síntomas psicóticos |
| | | F 33.0 Trastornos depresivos recurrentes, episodio actual ligero |
| | | F 33.1 Medio |
| | | F 33.2 Severos sin síntomas psicóticos |
| | | F 34.1 Distimia |
| 2.06 | Caracteres neuróticos, patologías neuróticas de la personalidad | F 60.4 |
| | | a |
| | | F 60.8 Personalidades histriónicas, anacásticas, ansiosas, dependientes, otros trastornos específicos de la personalidad |
| 2.07 | Trastornos neuróticos con perturbaciones predominantes de las funciones instrumentales | F 40 |
| | | a |
| | | F 45 Trastornos neuróticos |
| | | F 80 Trastornos específicos del habla y del lenguaje |
| | | F 81 Trastornos de aprendizaje escolar |
| | | F 82 Trastornos del desarrollo motor |
| | | F 83 Trastornos mixtos del desarrollo |
| 2.08 | Otros | F 48 Otros trastornos neuróticos |
| 2.09 | No precisados | F 48.9 Trastornos neuróticos, sin precisión |

3. Patologías de la personalidad

- | | | | |
|------|--|--------|--|
| 3.00 | Trastornos de la personalidad y/o del comportamiento inscritos en una disarmonía evolutiva | F 92.8 | Otros trastornos mixtos de las conductas y de las emociones |
| | | F 93.0 | Angustia de separación en la infancia |
| | | F 60.3 | Personalidad (emocionalmente) labil |
| | | F 60.8 | Otros trastornos específicos de la personalidad |
| 3.01 | Patología narcisística y/o anaclítica, depresiones crónicas, abandono | F 92.0 | Trastornos de conducta con depresión |
| | | F 93.0 | Angustia de separación en la infancia (en parte) |
| | | F 94.1 | Trastorno reactivo de "apego" de la infancia |
| | | F 94.2 | Trastornos de "apego" en la infancia con desinhibición |
| | | F 60.3 | Personalidad (emocionalmente) labil |
| | | F 60.8 | Otros trastornos específicos de la personalidad |
| 3.02 | Organizaciones de tipo psicopático | F 91 | Trastornos de conducta |
| | | F 60.2 | Personalidad asocial |
| 3.03 | Organizaciones de tipo perverso | F 65 | Trastornos de preferencia sexual |
| 3.04 | Trastornos de la identidad sexual | F 64 | Trastornos de la identidad sexual |
| | | F 66 | Problemas psicológico y comportamentales asociados al desarrollo sexual y a su orientación |
| 3.08 | Otras | F 98.8 | Otros trastornos comportamentales y emocionales que aparecen habitualmente durante la infancia o la adolescencia |
| 3.09 | No precisados | F 98.9 | Trastornos comportamentales y emocionales que aparecen habitualmente durante la infancia o la adolescencia sin precisión |

CFTMEA

CIE-10

4. Trastornos reactivos

- 4.00 Depresión reactiva
- 4.01 Manifestaciones reactivas diversas
(sea cual fuere el modo de expresión: mental, comportamental, escolar, social)

- F 43.2 Trastornos de adaptación (parte)
- F 43.2 Trastornos de la adaptación

5. Deficiencias mentales

- 5.0x Q.I. entre 50 - 69
- 5.1x Q.I. entre 35 - 49
- 5.2x Q.I. entre 20 - 34
- 5.3x Q.I. Inferior a 20
- 5.4x No precisado
- 5.x5 Deficiencia armónica
- 5.x6 Deficiencia disarmónica
- 5.x7 Deficiencia con polihandicap
sensorial y/o motor
- 5.x8 Demencia
- 5.x9 No precisados

- F 70 Retardo mental ligero
- F 71 Retardo mental medio
- F 72 Retardo mental grave
- F 73 Retardo mental profundo
- F 79 Retardo mental, sin precisión.
Solamente deficitario Retardo
mental + otro trastorno
- F 7x.1 Con handicap comportamental significativo (en parte) + trastorno neurológico
- F 02.8 Demencia asociada a otras enfermedades clasificadas en otros apartados
- F 7x Retardo mental, sin precisar

CFTMEA

CIE-10

6. Trastornos de las funciones instrumentales

6.00	Retardo simple del lenguaje	F 80.8	Otros trastornos del desarrollo de la palabra y del lenguaje
6.01	Trastornos aislados de la articulación	F 80.0	Trastornos específicos de la adquisición de la articulación
6.02	Trastornos complejos del lenguaje oral	F 80.1	Trastornos de la adquisición del lenguaje (de tipo expresivo)
		F 80.2	Trastornos de la adquisición del lenguaje (de tipo receptivo)
		F 80.3	Afasia adquirida con epilepsia (Síndrome de Landau-Kleffner)
6.03	Trastornos lexicográficos	F 81.0	Trastornos específicos de la adquisición de la lectura
		F 81.1	Trastornos específicos de la adquisición de la ortografía
6.04	Discalculia	F 81.2	Trastornos específicos de la adquisición de la aritmética
6.05	Trastornos del razonamiento	F 81.3	Trastornos mixtos de las adquisiciones escolares
6.06	Tartamudez	F 98.5	Tartamudez
6.07	Mutismo selectivo	F 98.6	Farfulleo
		F 94.0	Mutismo selectivo
6.08	Hiperquinesia, inestabilidad psicomotoras	F 90.0	Perturbación de la actividad de la atención
		F 90.1	Trastornos hiperquinéticos y trastornos de conducta
6.09	Hiperquinesia asociada a a movimientos estereotipados	F 90.8	Otros trastornos hiperquinéticos
6.10	Retardo psicomotor	F 82	Trastornos específicos del desarrollo motor
6.11	Otros trastornos psicomotores	F 82	Trastornos específicos del desarrollo motor
6.12	Tics aislados	F 95.0	Tic transitorio
		F 95.1	Tic motor o vocal crónico
6.13	Enfermedad de Gilles de la Tourette	F 95.2	Forma asociada de tics vocales y tics motores (Síndrome de Gilles de la Tourette)
6.14	Intrincación de trastornos psicomotores y del lenguaje	F 83	Trastornos específicos mixtos del desarrollo
6.15	Otros	F 88	Otros trastornos del desarrollo psicológico

7. Trastornos relacionados con el uso de drogas y de alcohol

7.0x	Continuo	F1x.1	Utilización nociva para la salud
		F1x.2	Síndrome de dependencia
		x.24	Utilizando actualmente la sustancia
		x.25	Utilización continua
7.1x	Ocasional	F1x.1	Utilización nociva para la salud
		x.26	Síndrome de dependencia. Utilización episódica (Dipsomanía)
7.2x	En remisión	F1x.2	Síndrome de dependencia
		x20	Actualmente en abstinencia
		x21	Actualmente en abstinencia pero en un desarrollo protegido
7.3x	En curso de deshabitación	F1x.3	Síndrome de deshabitación
		F1x.4	Síndrome de deshabitación con delirios
7.x0	Alcohol	F 10	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de alcohol.
7.x1	Tabaco	F 17	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de tabaco
7.x2	Hipnóticos y tranquilizantes	F 13	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de sedantes e hipnóticos
7.x3	Morfínicos	F 11	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de opiáceos
7.x4	Marihuana	F 12	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de derivados del cannabis
7.x5	Alucinógenos	F 16	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de alucinógenos
7.x6	Psicoestimulantes tales como anfetaminas, cocaína, caféina	F 15	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de otros estimulantes (incluyendo la caféina)
7.x7	Solventes	F 19	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de disolventes volátiles
7.x8	Utilización de varios productos	F 19	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de drogas múltiples y trastornos ligados a la utilización de otras sustancias psicoactivas
7.x9	Otros productos no precisados	F 19	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de drogas múltiples y trastornos ligados a la utilización de otras sustancias psicoactivas

8. Trastornos de expresión somática y/o comportamental

8.00	Enfermedades psicosomáticas	F 54	Factores psicológicos o comportamentales asociados a las enfermedades o a otros trastornos clasificados anteriormente (F 54 + con afección psíquica)
8.01	Trastornos psicofuncionales	F 45.3	Disfunción neurovegetativa somatoforme
8.02	Anorexia mental	F 50.0	Anorexia mental
		F 50.1	Anorexia mental atípica
8.03	Bulimia sin obesidad	F 50.2	Bulimia
		F 50.3	Bulimia atípica
8.04	Bulimia con obesidad	F 50.2	Bulimia
		F 50.3	Bulimia atípica
		+E66	Obesidad
8.05	Otros trastornos de las conductas alimentarias	F 98.2	Trastornos de la alimentación de la primera y segunda infancia
		F 98.3	Pica de la primera y segunda infancia
		F 50.4	Hiperfagia asociada a otras perturbaciones psicológicas
		F 50.8	Otros trastornos de la alimentación
8.06	Enuresis	F 98.0	Enuresis no orgánica
8.07	Encopresis	F 98.1	Encopresis no orgánica
8.08	Trastornos del sueño	F 51	Trastornos del sueño no orgánicos
8.09	Intento de suicidio	X 84	Autodestrucción intencional a través de medios no especificados
		Z91.5	Antecedentes personales de autodestrucción intencionada

CFTMEA

CIE-10

9. Variaciones de la normalidad

9.00	Angustias, rituales miedos	R45.0	Nervios
9.01	Momentos depresivos	R45.2	Tristeza
9.02	Conductas de oposición	F91.8	Otros trastornos de conducta
9.03	Conductas de aislamiento	F93.2	Ansiedad social de la infancia
		F 81.8	
9.04	Dificultades escolares no clasificables en las en las categorías anteriores	y 9	Otros trastornos de adquisición escolares y sin precisión
		Z 55	Problemas ligados a la educación y a la instrucción
9.05	Retardos o regresiones transitorias	R 62	Retardo del desarrollo psicológico normal
9.06	Aspectos originales de la personalidad	F91.8	Otros trastornos de conducta
9.08	Otros	R 45	Síntomas y signos concerniente al estado emocional

CFTMEA

CIE-10

EJE II:**FACTORES ASOCIADOS O ANTERIORES EVENTUALMENTE ETIOLOGICOS**

10.	Ausencia de factores orgánicos reconocidos	
11.	Factores prenatales	Capítulo XVI
12.	Factores perinatales	Capítulo XVI
13.	Daños cerebrales post-natales	Capítulos I,II,VI
14.	Enfermedades de origen genético y congénitas	Capítulo XMII
15.	Enfermedades somáticas invalidantes	Todos los capítulos
16.	Convulsiones y epilepsias	Capítulo VI G 40 - G 41 Capítulo XVIII R 56 Convulsiones
18.	Otros	
19.	Respuesta imposible por falta de información	No hay equivalencia

2. Factores y condiciones del medio

20.	No hay factores del medio considerados como determinantes	Capítulo XXI
21.	Trastornos mentales o perturbaciones psicológicas en la familia	Z 81 Antecedentes familiares de trastornos mentales y comportamentales
22.	Carencias afectivas, educativas, sociales, culturales	Z 62 Otros problemas ligados a la educación del niño
23.	Maltrato y negligencias graves	Z 61 Problemas ligados a los acontecimientos de vida negativos en la infancia
		Z 62 Otros problemas ligados a la educación del niño
24.	Eventos que acarreen la ruptura de lazos afectivos	Z 61 Problemas ligados a los acontecimientos de vida negativos en la infancia
		Z 62 Otros problemas ligados a la educación del niño
		Z 63 Otros problemas ligados a situaciones de grupo en cambio del niño incluyendo la familia
25.	Contexto socio-familiar particular	Z 58 Problemas ligados al desarrollo personal
		Z 59 Problemas ligados a situaciones del habitat y económicas
		Z 60 Problemas ligados al desarrollo social
		Z 62 Problemas ligados al grupo en cambio del niño incluyendo la familia
		Z 65 Problemas ligados a otras situaciones psicosociales
26.	Niño nacido por procreación artificial	
28.	Otros	
29.	Respuesta imposible por falta de información	Sin equivalencia

**TRATAMIENTO EN PSIQUIATRIA
INFANTO-JUVENIL**

1.3. TRATAMIENTO EN PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

La función terapéutica corresponde a lo que habitualmente se ha denominado prevención secundaria y terciaria.

La finalidad de la prevención secundaria es disminuir la duración de los casos existentes mediante un diagnóstico precoz y un tratamiento temprano.

La prevención terciaria tiene por objetivo reducir las consecuencias graves de la tasa de trastornos en una comunidad (deterioro, empeoramiento, irreversibilidad). La finalidad ultima es atenuar las secuelas o complicaciones de un estado patológico existente, su paso a la cronicidad y su repercusión en el medio.

El objetivo básico de estas funciones preventivas-terapéuticas sería la de favorecer e incluso evitar que los trastornos o patologías se estructuren en un futuro conflictivas, más cristalizadas y menos movilizables.

El miedo o temor a psiquiatrizar y la temporización ante las medidas a tomar, dejan la posibilidad de agravar los desórdenes. En este sentido la prevención se sitúa en una evaluación cada vez más precoz, lo que conlleva un tratamiento más temprano. Aquí radica su sentido y eficacia. Llegar a tiempo supone, en principio, mejor pronóstico.

El concepto de intervención se podría definir como la búsqueda de las indicaciones terapéuticas que se consideren más adecuadas para cada caso concreto, por parte del equipo, con el fin de asegurar la continuidad en la prestación asistencial a la demanda presentada.

Existen diversos puntos de vista, sobre las posibles indicaciones para establecer un tipo de intervención por parte de un Servicio de Psiquiatría Infantil. Diatkine (1.967) expresa los siguientes criterios:

1. Cuando se presente una restricción importante en la actividad correspondiente para la etapa madurativa en la que se encuentra el sujeto infantil.
2. Ante el sufrimiento del niño, su angustia y sus tendencias depresivas.
3. Ante la ausencia de procesos nuevos, tanto en el plano cognitivo como en el relacional y el social.
4. Ante la instauración de organizaciones o situaciones irreversibles.

La necesidad-terapéutica, atendiendo a lo anteriormente expuesto, es la que hace referencia básicamente a dos factores: la presencia de un trastorno y las posibilidades de mejora a través de un tratamiento individual, familiar, grupal, etc... .

En el campo de la Salud Mental a través de investigaciones epidemiológicas, ha permitido el estudio y análisis, tanto cualitativo como cuantitativo, de las necesidades terapéuticas de un individuo, grupo o comunidad, constituyendo un requisito previo para detectar la evolución y predicción de los problemas.

Estos análisis implican una mejora en la organización de los equipos frente a la demanda, lo que conlleva una planificación de los recursos, diversificando sus prestaciones con intervenciones que se adapten mejor al curso evolutivo del paciente y a su patología. En definitiva, el objetivo final es la planificación más correcta de las necesidades asistenciales y la búsqueda de actuaciones terapéuticas mas eficaces.

Una de las preocupaciones y mayores dificultades de la epidemiología clínica ha sido esta evaluación, tanto la evaluación a medio o largo plazo de cada intervención terapéutica como el análisis del tratamiento más adecuado para cada entidad clínica.

La gran diversidad de criterios y las discrepancias en las indicaciones terapéuticas surgen por la variedad de técnicas contempladas: individuales, grupales, familiares o institucionales y, a la par, las diferentes tendencias teóricas: psicoanalítica, cognitiva, sistémica, etc... así como las dificultades de evaluar los criterios sobre las indicaciones terapéuticas.

Es un hecho constatado y ampliamente analizado en los servicios de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Lebovici (1.968), Ten Horn (1.986), Sirol y Soule (1.989) Thevenot y Quemada (1.989) Rutter (1.987), Unidad de Salud Mental Infantil de Asturias (1.990), el que solamente una parte de los sujetos con los que trabajamos en la primera fase de diagnóstico es susceptible de tratamiento específico posterior y la valoración de los mismos es una tarea de reflexión constante por parte del equipo. El fin de esta reflexión es encontrar las indicaciones más adecuadas y las prioridades de tratamiento específicos que nos permita contemplar a la vez el grado de estructuración patológica, el proceso, el riesgo evolutivo y su pronóstico.

Se ha planteado en diversos estudios epidemiológicos, OMS (1.976), Giel (1.985), Ten Horn y cols. (1.986), Achembach (1.984), Lebovici (1.986), que cerca del 20% de la población infantil va a tener necesidad, en uno u otro momento, de una intervención de orden psicológico. Atendiendo a estos datos se deberían establecer las bases operativas de un Centro, equilibrando el tiempo clínico necesario para las terapias, el diagnóstico y el de la prevención.

Menéndez y Pedreira (1.986) reseñan lo siguiente en lo relativo al tipo de tratamiento que se puede prestar desde el sector público, en el campo de la S.M. infanto-Juvenil. Según estos autores, las indicaciones de tratamiento, in-

dependientemente de la orientación teórica, tenderán a realizarse de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Tendencia a que sean psicoterapias breves y focales hacia el problema presentado.
2. Se tenderá a incluir a la familia en el proceso del tratamiento.
3. En previsión de cuidados asistenciales el equipo gestionará el tiempo dedicado a las terapias continuadas a largo plazo, de acuerdo con la demanda asistencial recibida y con los requerimientos del personal.
4. En el caso de emplear psicofarmacología, esta se considerará como una intervención integrada en el conjunto del plan terapéutico diseñado para cada caso y no supondrá un fin en sí misma.

Según Ollendick y Hersen (1.988), la escasez de investigaciones sobre los tratamientos en la infancia y adolescencia, se debe: A la falta de respuesta a la crítica de Levitt, sobre la no demostración de la eficacia de la psicoterapia en la infancia a pesar de una tasa de mejora del 75% de los niños tratados. Al hecho de que sólo recientemente ha habido un incremento en el desarrollo de los servicios de atención a la infancia. Y por último, a las dificultades metodológicas para realizar investigaciones de calidad.

Ambos autores proponen investigaciones sobre el tratamiento en la infancia que controlen las variables que se refieran a: 1) los factores socio-ambientales del niño y su trastorno, 2) el terapeuta y su personalidad, 3) las técnicas de intervención y 4) las medidas de postratamiento. Concluyen expresando que la complejidad y especificidad en las investigaciones sobre tratamientos en la infancia y adolescencia hace difícil realizar analogías directas con la investigación en psicoterapia de adultos, pero muchos de los progresos realizados en el campo de los adultos pueden adaptarse al terreno de la infancia.

De las escasas investigaciones llevadas a cabo sobre las indicaciones terapéuticas en Psiquiatría Infantil, se obtienen resultados contradictorios ante la influencia de los factores que determinan estas indicaciones. La investigación realizada en el sector de psiquiatría infanto-juvenil de Toulouse por Alberne y Turnin señalada en el Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente por Soulé y F. Sirol (1.986), se deduce el papel determinante de dos factores: el diagnóstico y en segundo término, los trastornos asociados. Según estos autores, la edad, el medio socio-profesional y los factores anamnésicos juegan también un papel importante ante las indicaciones terapéuticas, aunque en menor grado.

Estos resultados difieren de los obtenidos en el distrito XIV de París por Sirol (1.979). Según este autor, la indicación terapéutica para el niño no está en función del diagnóstico, sino sometida a la influencia de otros factores, tales como los antecedentes psiquiátricos de los padres, los factores etiológicos y los trastornos asociados.

M. Alberne y J. Turnin señalan la existencia de factores no codificables relacionados con las estructuras de la institución, la formación del equipo y la orientación personal de cada uno, su deseo y de la demanda del niño o de la familia.

Los estudios epidemiológicos denominados "gestión de líneas activas" son los que permiten seguir la evolución de cada caso desde el comienzo del tratamiento (entrada en la línea activa por la apertura del dossier de sistematización) hasta su terminación (salida de la línea activa al cerrar el dossier) o estado de alta.

La importancia de este sistema de registro de datos tanto del diagnóstico, tratamiento como de su evolución en la Red Asistencial es señalada por numerosos autores. Permite además analizar y tener en cuenta la no aceptación o ruptura del tratamiento por parte del consultante o de la familia.

Esta recogida de datos sobre la gestión de líneas activas debería analizar la adaptación evolutiva del niño, las modificaciones de su organización mental a veces inesperada, así como el movimiento de los síntomas que aparecen, desaparecen o persisten a lo largo de su proceso terapéutico. Todo ello permitiría dar cuenta de la plasticidad clínica, de las modificaciones y del aspecto evolutivo de la patología infantil y del papel de determinadas influencias etiológicas.

El estudio de Sirol (1.979) "El porvenir de los diagnósticos", basado en lo anteriormente expuesto se realiza en tres fases. a) El cuestionario de tratamiento, recogido durante el tercer mes después de la primera consulta. b) El cuestionario de reevaluación. c) El cuestionario de salida, que coincide con el final del tratamiento.

1.3.1. DIFERENTES MODOS DE CONTINUIDAD TERAPEUTICA EN PSIQUIATRIA INFANTIL.

Cuando se analizan los estudios realizados sobre la actividad asistencial en Psiquiatria Infantil, la mayoría inciden en manifestar las reflexiones que Lebovici (1.986) ha desarrollado y que Diatkine y cols. (1.982) ya habían adelantado en cuanto a la dificultades de las intervenciones terapéuticas en estas etapas de la vida: "En la infancia y adolescencia es raro que se manifieste una petición de ayuda directa del sujeto, suele canalizarse por medio de la familia y, por lo tanto, son las propias figuras parentales las que establecen, retiran o interrumpen las indicaciones de tratamiento"...

La interrupción del tratamiento es un hecho clínico generalizado que aparece constantemente en la literatura psiquiátrica de los últimos treinta años, siendo abordada preferentemente desde la Salud Mental de los adultos.

Al realizar una revisión bibliográfica sobre los tratamientos en psiquiatria infanto-juvenil, se constata la frecuencia de estudios descriptivos, y las escasas investigaciones realizadas sobre evaluación y evolución. No obstante, existe, a nuestro juicio en el momento actual una laguna mayor en los estudios que hacen referencia a la continuidad terapéutica en la Red Asistencial en Psiquiatria Infantil.

Confirmando este hecho, Beitchman, J. y Dielman, T. (1.983), expresan que el tema de los abandonos en Psiquiatria Infantil es un hecho importante y frecuente.

Analizan cómo la mayoría de los estudios han intentado buscar las características del paciente asociadas con la finalización de los tratamientos en Salud Mental de adultos, centrándose en variables demográficas, personales y de diagnóstico. Las escasas investigaciones en Salud Mental Infantil se han centrado en las mismas variables pero han sido menos completas. Según los estudios por ellos revisados, las variables que en términos clínicos se pensaba

que discriminaban entre "los que continúan" y los que "abandonan" era el diagnóstico. Han demostrado asociaciones inconsistentes, exceptuando la correlación entre el abandono y la clase social baja.

Se cuestionan al igual que Stern, el tema de la discrepancia entre las expectativas del paciente y la realidad terapéutica, analizando que es ésta una de las causas básicas de las finalizaciones prematuras. Por ello se plantean si las variables del paciente y las variables del tratamiento separadamente sean suficientes para explicar el problema sobre continuar o acabar.

Con anterioridad se han expuesto alguna de las causas de la escasez de estas investigaciones, analizadas por Ollendick T. y Hersen M. (1.988). Estos autores, junto a Duché D. (1.977), insisten en resaltar los factores que interfieren en la diferente continuidad terapéutica en Psiquiatría Infantil, analizando los siguientes aspectos:

1)- Una misma conducta en niños de igual edad pueden dar lugar a diferentes formulaciones diagnósticas, distintas indicaciones terapéuticas y diferente duración del tratamiento, dependiendo parcialmente de factores del desarrollo tales como la edad de inicio y la cronicidad de la sintomatología.

2)- El rápido desarrollo del niño que obliga al terapeuta a modificar los enfoques del tratamiento.

3)- Otro aspecto señalado, es la dependencia del niño y del adolescente y por lo tanto las limitaciones ante el cambio que toleran las demás personas que le rodean.

4)- Por último analizan los diferentes criterios de finalización del tratamiento. Señalan que lo habitual es cuando el niño se aproxima a un nivel de funcionamiento adecuado a su nivel de desarrollo. En cambio otros clínicos

consideran la remisión de los síntomas como justificación suficiente para dar el tratamiento por finalizado.

Estas investigaciones sobre los diferentes modos o patrones de permanencia terapéutica, tratan de esclarecer los factores causantes de estos modos de continuidad y en alguno proponen medios para evitar o disminuir la incidencia de las interrupciones. En Psiquiatría Infantil la mayoría de estos estudios hacen referencia al papel de la familia y su influencia en la continuidad del proceso terapéutico.

El papel de los padres en la diferente continuidad del tratamiento es un factor decisivo y ampliamente señalado. La dependencia de los adultos complica las decisiones sobre el tratamiento puesto que son los adultos los que generalmente van a los servicios en busca de ayuda y son los que deciden la aceptación o no de las propuestas clínicas.

La experiencia profesional nos permite inferir que la no aceptación de las propuestas del clínico se puede deber a que sólo buscaban o deseaban orientaciones generales o consejos educativos, pero sin querer entrar a realizar cambios. En otras ocasiones, la "pseudomejoría" que inicialmente se produce por la propia intervención diagnóstica, hace descender el nivel de ansiedad de los padres y perder la motivación para el tratamiento.

En otros casos, la familia interrumpe el tratamiento al ver desaparecer o disminuir los síntomas antes de lo que el clínico considera oportuno. En ocasiones la búsqueda de conductas adaptativas en el hijo hace que la familia interrumpa al no manifestarse este aspecto en la evolución del tratamiento. No es fácil en la actividad clínica, hacerles comprender a los padres que no nos ocupamos solamente del síntoma por el que acuden a consulta, que la acción terapéutica será mucho más amplia y en ocasiones precisamos de su intervención.

En el estudio realizado por Holmes P. (1.983), analiza el papel de la familia y su influencia en el abandono del tratamiento grupal de sus hijos adolescentes. "Dropping-out" from an adolescent therapeutic group: a study of factors in the patients and their parents which may influence theis process.

Greenman.D.A; Gunderson.J.G ; Canning.D. (1.989) realizan un estudio prospectivo sobre las interrupciones de los tratamientos en 67 pacientes infantiles ingresados. Encontraron correlaciones significativas entre las ansiedades de los padres y la continuidad de los tratamientos.

Sobre este mismo aspecto, Schult-Markwort M.J. y Knolker.U. (1.991) en su artículo: "Termination of therapy in inpatient treatment", analizan los motivos de los abandonos y la relación de las familias del niño-adolescente que interrumpe. Estos autores proponen que en Salud Mental y sobre todo en Psiquiatria Infantil, el establecimiento de un buen setting o marco con las familias, para prevenir el aumento de la resistencia hacia el tratamiento de sus hijos y de este modo evitar o disminuir las interrupciones.

En la investigación realizada por Sirles. E. A.(1.990) "Droout from intake, diagnostics, and treatment", aconseja a los clínicos analizar: las características del sujeto y de su familia en el primer encuentro, la distribución de los casos en el equipo y la duración de la lista de espera. Factores fundamentales que Sirles considera **predictores** del abandono.

Ten Horn y colbs. (1.986) en su artículo "Psychiatric case registers in Public Health", analiza la evolución de 90 niños de edades comprendidas entre 0-12 años y los contactos realizados durante los cuatro años de estudio. Esta autora pretende analizar la importancia de la frecuencia de los contactos en relación a la evolución del tratamiento. Expresa que el 69% estuvo menos de un año en relación con el Servicio. En los tres años siguientes 28 niños no habían sido dados de alta. Y al final de los cuatro años 12 niños continuaban en la red asistencial y cuatro eran institucionalizados. De los resultados de su investigación expresa los siguientes conclusiones:

- La mayor frecuencia de contactos en el curso del primer año reduce, de forma estadísticamente significativa, los contactos de larga duración.
- Un espaciamiento en este período tiende a favorecer no sólo una mayor permanencia en los servicios, sino también se incrementa la probabilidad de ingresos e institucionalización.

Esta autora y Pedreira (1.989) en el artículo sobre "Epidemiología y registro de casos en Salud Mental Infanto-Juvenil", expresan que otro dato de interés para la evaluación, se cifraría en cómo se distribuyen el abordaje de la demanda a los profesionales de los equipos, en relación al tratamiento. Y concluyen que cuando los contactos se establecen en intervalos de tiempo corto, no prolongándose por más de un año e interviene un solo profesional del equipo asistencial, la posibilidad de cursar con alta es mayor.

Los autores que más han estudiado el tema de la diferente continuidad terapéutica en Psiquiatría Infantil y sobre todo el tema del abandono durante el tratamiento son, Weisz. J. R.; Weiss. B.; y Langmeyer. D. B. (1.987-1.989)

Estos autores se plantean la siguiente pregunta: ¿Aquellos que dejan el tratamiento son diferentes de aquellos que continúan? ¿Qué niños abandonan antes de que el tratamiento haya acabado?.

En este estudio comparan los que abandonan y los que continúan analizando las características socio-demográficas y clínicas de 469 sujetos de 6 a 16 años que acuden a nueve instituciones públicas de Salud Mental. También estudian la percepción de los padres ante el tratamiento por medio de un cuestionario y la relación entre la edad y sexo del terapeuta y del paciente.

En los resultados de este estudio no encuentran diferencias significativas entre el grupo de los que abandonan y los que continúan y se cuestionan si las características psíquicas de los niños dependen menos que otros factores de

situación, como la distancia al lugar del tratamiento, horario de los padres, etc...

Expresan que estos resultados son importantes y proponen seguir investigando sobre este aspecto, aconsejando utilizar grupos de control para posteriores estudios.

En 1.989 estos autores critican y rebaten el estudio realizado por Garfield (1.989), sobre la propuesta realizada por éste, de no considerar abandono a los pacientes que no iniciaban el curso de su psicoterapia. Esta falta de concreción y acuerdo en las definiciones, es un hecho frecuente y de nuevo pone en relieve las dificultades de generalización y la imposibilidad de realizar verdaderos estudios comparativos.

Beitchman J.; Dielman. T. (1.983) en su investigación, analizan los que permanecen y los que abandonan en Psiquiatría Infantil. Estudian 432 pacientes infantiles y su relación con la clase social, diagnóstico y el tipo de tratamiento indicado. El concepto de terminación del tratamiento lo han basado en el criterio clínico del terapeuta, sin importar el número de entrevistas. En este estudio observan que las interrupciones o los abandonos son más frecuentes en los niños que habían sido hospitalizados y los que fueron tratados en psicoterapia con la frecuencia de más de una vez a la semana.

Estas variables, hospitalización y frecuencia del tratamiento, estaban significativamente relacionadas con la clase socioeconómica y el diagnóstico el paciente. Expresan que las familias cuyo nivel socio-económico es menor (trabajadores no cualificados o desempleados), muestran una mayor adherencia a las indicaciones del clínico ante la hospitalización. En cambio, los hijos cuyos padres pertenecen a una clase social más baja socioeconómicamente, comparados con otros pacientes, son más vulnerables a rechazar una psicoterapia convencional.

También encuentran una relación significativamente inversa entre la severidad del diagnóstico y la finalización prematura de los niños hospitalizados.

En el artículo publicado por Hollander. A.; Hebborn. Brass. U. (1.989) sobre las interrupciones en los tratamientos largos, expresan que son los niños diagnosticados de autismo y los deficientes los que menos interrumpen.

En nuestra investigación, se pretende analizar y evaluar los modos de permanencia en la Red Asistencial (estado de alta), así como las posibles diferencias entre los grupos: "continúan el tratamiento", "alta clínica", "no aceptan el tratamiento" y "abandonan", después de 24 meses de demandar consulta en esta unidad. El objetivo es evaluar los factores influyentes en estos patrones de evolución. Por este motivo, es preciso reseñar la revisión bibliográfica realizada por B. Freire (1.990) sobre "La interrupción del tratamiento" y su tesis doctoral "Estudio comparativo de tres grupos de pacientes con distinta continuidad terapéutica" (1.986). Aunque estas investigaciones están enfocadas en el área de S.M. de adultos, analizan datos importantes para esta investigación.

En la revisión realizada por Freire, entre un 25% y un 64% del total de pacientes que consultan en Salud Mental interrumpen el tratamiento de forma unilateral y prematura según la opinión de los terapeutas.

Freire (1.990), en su revisión bibliográfica, insiste en la complejidad de estos estudios y su limitación en la generalidad de los resultados. La falta de concreción en las definiciones, la diferente categorización temporal, y la omisión de criterios de selección de la muestra son algunos de los factores que complejizan estos estudios.

Las variables que frecuentemente se analizan en estos estudios, se refieren a los datos sociodemográficos.

En la mayoría encuentran relación significativa entre la variable edad y la adherencia terapéutica. Cuanto más jóvenes son los pacientes-adolescentes menor adherencia terapéutica existe.

No existe acuerdo en las conclusiones de los diferentes estudios ante la variable sexo y la continuidad o interrupción en el tratamiento.

Ante el nivel educativo sí hay acuerdo generalizado. Cuanto mayor es el nivel cultural tienden a participar en el tratamiento de forma más prolongada.

El nivel socio-económico, pone de evidencia en la mayoría de los estudios que los pacientes provenientes de una clase socio-económica baja y escasos recursos económicos, tienden a asistir irregularmente al tratamiento y/o interrumpirlo de forma prematura.

La carencia de red social, en la mayoría de los estudios se asocia a la retención en los programas asistenciales.

Otro aspecto frecuentemente analizado es la motivación hacia el tratamiento y quien deriva al paciente. Se constata en los pacientes que con mayor frecuencia interrumpen el tratamiento la baja motivación ante este. Esta falta de motivación es analizada, al ser obligados a tratarse por alguna instancia, sin que ellos sientan un deseo real hacia el tratamiento. Este aspecto en Salud Mental Infantil se agudiza como hemos analizado anteriormente.

Brandt (1.965), en su amplia revisión bibliográfica sobre la interrupción prematura en psicoterapia, afirma que el único criterio que diferencia de forma contundente a los pacientes que interrumpen su tratamiento de los que continúan, es su diagnóstico, aspecto rebatido por otros autores.

B. Freire (1.986), en el seguimiento de 197 pacientes, destaca como conclusiones que:

- En los pacientes que dejaron su tratamiento y más frecuentemente en aquellos que no llegaron a iniciarla, el motivo de consulta más común era por problemas con el entorno.
- En los pacientes que continuaron el tratamiento hasta el estado de Alta, y parecían tener mayor grado de integración social, la consulta fue motivada preferentemente por trastornos somáticos y un mayor nivel de depresión.
- Las variables que caracterizaron a los pacientes que abandonaron su tratamiento fueron: el ser joven-adolescente, con un nivel escolar bajo, sin experiencias terapéuticas previas y que consultaban por situaciones conflictivas recientes.

En algunas publicaciones se proponen modos de establecer los primeros contactos con los pacientes con el doble objetivo: Potenciar la asistencia al tratamiento y evitar la interrupción prematura del mismo.

Se recomienda explorar tempranamente la visión que tiene el paciente del tratamiento así como las expectativas del mismo, con el propósito de evitar la posible discrepancia entre las expectativas del paciente y las del terapeuta.

Otras recomendaciones formuladas son: asignar un terapeuta al paciente desde su primer contacto y que sea aquél quien lo llame personalmente para darle la fecha de la primera entrevista.

El objetivo común de estos estudios que analizan la interrupción prematura del tratamiento, es la búsqueda y valoración temprana del riesgo del abandono, con el fin de tomar medidas preventivas, o proponer cambios en la terapia para así adaptarla a las necesidades de estos mismos pacientes denominados por algunos autores de "riesgo".

II. PARTE: METODOLOGIA

**METODOLOGIA:
OBJETIVOS E HIPOTESIS
METODO Y MATERIAL**

2.1. OBJETIVOS GENERALES E HIPOTESIS

OBJETIVOS:

Los objetivos que nos hemos planteado en este estudio epidemiológico, son los siguientes:

a: Objetivos relativos al análisis de la demanda.

- 1.- Describir la tasa de incidencia y de prevalencia asistencial, comparando los datos obtenidos con otras Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
- 2.- Analizar la demanda que acude a esta Unidad de Psiquiatría Infantil: Características individuales, familiares y sociales de los consultantes y los motivos y modos de acceso a la consulta.
- 3.- Investigar el proceso previo a la consulta: la motivación de la demanda, cuánto tiempo transcurre desde que surge el problema, a quién consultan y los tratamientos previos de estos niños.

b: Objetivos relativos a los datos clínicos.

- 4.- Analizar los datos clínicos de los niños consultantes.
- 5.- Describir las necesidades asistenciales e indicaciones terapéuticas de los niños y adolescentes que realizaron el proceso diagnóstico.
- 6.- Comprobar la relación de covariación entre diagnóstico y tratamiento.

c: Objetivos relativos a la diferente continuidad del tratamiento.

- 7.- Analizar el seguimiento de la demanda y los diferentes modos de permanencia en el circuito asistencial.
- 8.- Analizar las características socio-demográficas y clínicas de los niños y adolescentes que "no aceptan" el tratamiento "abandonan", han sido dados de "alta clínica" y "continúan" el tratamiento, después de 24 meses de realizar la demanda.
- 9.- Comprobar la existencia de variables estadísticamente significativas, capaces de diferenciar y de ser utilizadas como indicadores predictivos de la diferente continuidad en esta Unidad.

HIPOTESIS

- 1.- El motivo de consulta varía en función de la edad y sexo de los pacientes.
- 2.- Los profesionales más consultados antes de acudir a esta Unidad son, el profesor y el médico.
- 3.- El tipo de indicación terapéutica guarda relación con el diagnóstico.
- 4.- Existe relación entre la indicación terapéutica y la aceptación del tratamiento.
- 5.- El abandono de los tratamientos guarda relación con la edad.
- 6.- Existe mayor frecuencia al abandono del tratamiento en los pacientes cuyos padres no viven unidos.
- 7.- La diferente continuidad terapéutica guarda relación con los antecedentes psíquicos de los padres.
- 8.- La mayor continuidad en los tratamientos guarda relación con el diagnóstico de los pacientes.

2.2. METODO Y MATERIAL

2.2.1. DESCRIPCION DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA INFANTIL DE ALAVA

Esta Unidad se encuentra integrada en el Servicio de Salud Mental de Alava (Osakidetza).

En sus inicios (1982), se inscribe como Centro de Diagnóstico, Orientación y Tratamiento (ADOZ) dependiente de F.A.S.V.A. (Fundación Asistencial y Sanitaria de Vitoria y Alava), organismo de la Excma. Diputación Foral de Alava. En aquella época, era responsable de la Asistencia psiquiátrica pública de esta provincia.

Las funciones que en su inicio realizó fueron: Diagnóstico, Orientación y Tratamiento de los problemas infantiles, Diagnóstico y Orientación, tanto de niños como de adultos con problemas de Deficiencia Mental. Prevención Materno-Infantil dentro del programa de profilaxis-obstétrica y screening metabólico. Posteriormente se realizaron las funciones de Centro Coordinador y de Orientación Pedagógica del Departamento de Educación del Gobierno Vasco.

El 6 de Marzo de 1985, como resultado de la Ley 27\1983 del 25 de Noviembre, relativa a las competencias en materia de Sanidad, el Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco asume los derechos y obligaciones que la Excma. Diputación Foral de Alava realizaba en cuanto a las competencias de Salud Mental, así como los Centros y Servicios con funciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tanto en el campo de la Salud Mental de adultos, e Infanto-Juvenil como en el Area de las Drogodependencias.

Los recursos de personal desde 1985 hasta la actualidad son los siguientes: dos psiquiatras, cinco psicólogos clínicos, un ATS psiquiátrico, una asistente social y un administrativo.

Actualmente esta Unidad atiende las demandas ambulatorias de Asistencia Psiquiátrica Infanto-Juvenil de 0-16 años de la población de Alava, con la única excepción de la comarca de Ayala (Llodio).

2.2.2. POBLACION

En el momento al que se inicia esta investigación (1989), la población total de esta provincia era de 267.728 habitantes, según los datos que cuentan en nuestro poder. La población entre 0 y 16 años de Alava, tal como se adjunta en la siguiente tabla, era de 57.950 niños y adolescentes, lo que supone un 21'6% del total de la población.

Posteriormente en la nueva estructuración territorial de la Asistencia Psiquiátrica, se ha incorporado el Alto Deba, aumentando la población de 0 a 16 años en 14.718.

POBLACIÓN POR AÑO DE NACIMIENTO

AÑOS	EDAD	VARONES	MUJERES	TOTAL
1.974	15-16	2.446	2.350	4.796
1.975	14-15	2.455	2.373	4.828
1.976	13-14	2.484	2.386	4.870
1.977	12-13	2.327	2.107	4.434
1.978	11-12	2.274	2.169	4.443
1.979	10-11	2.116	2.103	4.219
1.980	09-10	2.055	1.871	3.926
1.981	08-09	1.868	1.850	3.718
1.982	07-08	1.761	1.641	3.402
1.983	06-07	1.649	1.543	3.192
1.984	05-06	1.489	1.411	2.900
1.985	04-05	1.494	1.479	2.973
1.986	03-04	1.413	1.298	2.711
1.987	02-03	1.341	1.231	2.572
1.988	01-02	1.299	1.278	2.577
1.989	00-01	1.263	1.126	2.389
TOTAL		29.734	28.216	57.950

2.2.3. SELECCION DE LA MUESTRA: SUJETOS

En este estudio se analizan los sujetos que solicitaron por primera vez consulta en la UPI de Alava desde el 1 de enero al 30 de junio de 1989 y su evolución asistencial a los 24 meses de realizar la demanda. La población objeto de estudio es de 367 niños y adolescentes. La edad de estos sujetos es de 0 a 16 años.

2.2.4. DISEÑO Y ANALISIS ESTADISTICOS:

Para evaluar e interpretar la información obtenida de este estudio epidemiológico, se han utilizado técnicas de estadística descriptiva y correlacional como son:

- Diferencia entre varias medidas. Análisis de Varianza (Anova-Oneway).
- Tablas de contingencias: Prueba de Chi-Cuadrado.
- Coeficiente de correlación: r de Pearson.

Se ha tomando como nivel de significación un mínimo del 95%, que equivale a una $P < 0.05$.

Los análisis estadísticos utilizados para generar los resultados de este estudio han sido efectuados haciendo uso del paquete de programas SPSS\PC (+) versión 4.0 , en sus módulos BASIC y ADVANCED.

Se han utilizado los siguientes subprogramas:

- Frequencies
- Correlation
- Crosstabs
- T-Test
- Oneway-Anova

2.2.5. VARIABLES:

Las variables estudiadas son las siguientes:

a) Variables referidas al sujeto:

- Edad
- Sexo
- Lugar de nacimiento
- Número de hermanos
- Lugar que ocupa entre los hermanos
- Escolarización
- Situación familiar en la que vive

b) Variables referidas a los padres:

- Edad
- Situación laboral
- Nivel de estudios
- Lugar de nacimiento
- Antecedentes psiquiátricos de los padres

c) Variables de la demanda:

- Motivo de consulta
- Quién envía
- Intervalo temporal desde que aparece el problema hasta que consultan en psiquiatría Infantil
- Motivación final para acudir a consulta
- Intermediarios que han intervenido y orden secuencial de los mismos
- Tratamiento anterior por éste o por otro motivo

d) Variables referidas a la exploración diagnóstica:

- Diagnóstico.
- Eje I: Diagnóstico Principal
Diagnóstico Secundario
- Eje II: Factores Orgánicos
Factores Ambientales

e) Orientación terapéutica.

h) Tratamiento:

- Tipo de Tratamiento
- Aceptación del tratamiento
- Duración del Tratamiento

g) Datos de la situación del Alta.(Diferente continuidad terapéutica.)

- No aceptan el tratamiento
- Abandonan el tratamiento
- Alta clínica
- Continúan el tratamiento.

2.2.6. DEFINICION OPERATIVA DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA

Comportamiento: Introducimos en esta categoría lo que los padres nos expresaban relacionado con conductas de agresividad, dificultad para aceptar normas, hiperactividad motora, robos, agresiones, etc... consideradas por la familia como conductas molestas que trasgreden normas.

Conductas de relación o sociales, consideradas en el extremo de la actuación:

Escolares: Dificultades relacionadas con el rendimiento académico, mal aprendizaje, repetición, apatía escolar, retrasos, etc...

Inhibición-Emotividad: Hemos incluido en esta categoría las conductas relacionadas con ansiedad de separación, tristeza, lloros, aislamiento social, dependencia,...

Control de esfínteres: Incluyendo en esta categoría la encopresis, enuresis nocturnas y diurnas, secundaria y primaria.

Sueño: Pesadillas, insomnio, temores nocturnos, sonambulismo.

Desarrollo: Se incluyen en esta categoría conductas disarmónicas tanto en el proceso del desarrollo como en la relación, comunicación y motricidad.

Pronunciación: Dificultades en el habla, preferentemente articulatorias.

Resonancia médica: Todas aquellas quejas relacionadas con lo corporal y somático, ahogos, dolores de estómago, mareos, cefaleas, alopecias, etc...

Alimentación: Hemos incluido en este motivo de consulta los trastornos relacionados con la comida, Anorexia nerviosa, bulimia, inapetencia, etc...

Tics-tartamudez: Trastornos motóricos tanto del habla como del movimiento.

Intentos de suicidio: Amenazas, acciones u hechos relacionadas con el deseo de quitarse la vida, este motivo lo hemos considerado por separado ya que nos parece importante la incidencia de este problema en nuestra muestra.

Miedos y fobias: Conductas evitativas relacionadas con trastornos fóbicos: animales, espacios abiertos, oscuridad, soledad, etc...

Masturbación: Tendencias compulsivas a tocarse "los órganos genitales".

Otros: Peritajes judiciales ante la separación de los padres, petición y valoración de informes, etc...

2.2.7. INSTRUMENTOS:

La información pertinente a la **primera fase, análisis de la demanda**, se recoge a través de un Cuestionario confeccionado expresamente para esta investigación. El Cuestionario ha sido sometido a varias revisiones sucesivas definiendo y operativizando cada ítem o variable del mismo. Posteriormente, se ensayaron "entrevistas simuladas" para comprobar el acuerdo en la corrección, obteniéndose un 0'97% de fiabilidad. Dicho cuestionario lo hemos denominado Cuestionario de Análisis de la Demanda (CAD).

El motivo de consulta se recoge textualmente en la entrevista habida para rellenar el CAD y posteriormente se han sistematizado y codificado los motivos de consulta. Se ha sometido a acuerdo "interjueces". Fueron codificados por dos miembros del equipo cada uno de los motivos de consulta recibidos. Se redefinieron sucesivamente los criterios de clasificación acordados hasta no lograr un acuerdo en la valoración del 0'95%. Se adjunta el cuestionario de la Demanda y la definición operativa de los motivos de consulta.

La **segunda fase**, referida a los **datos clínicos**, fueron codificados por dos clínicos de la Unidad, contrastándose el diagnóstico realizado por el terapeuta que asumió el "caso" y llegando a un acuerdo en la valoración diagnóstica. Este acuerdo "interjueces" no ha podido ser realizado en 60 sujetos, ya que en el momento de realizar este estudio se encontraba un terapeuta ausente. Para la valoración diagnóstica de la presente investigación se ha utilizado la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales (CFTMEA). Se adjunta el Cuestionario de los Datos Clínicos (CDC).

La información correspondiente a la **tercera fase, diferente continuidad terapéutica**, se recoge a través de los datos obtenidos en el historial clínico de cada paciente. Se evaluó en este proceso, su situación clínica, estado de alta a los dos años de la demanda en esta Unidad . Los pacientes a los que se indicó tratamiento en esta Unidad, se distribuyeron en cuatro grupos: Grupo 1 "no aceptan" ; Grupo 2 "abandonan" ; Grupo 3 "alta clínica por fin de tratamiento" ; Grupo 4 " continúan el tratamiento".

En esta fase se pretende comprobar la existencia de variables estadísticamente significativas, capaces de diferenciar y de ser utilizadas como indicadores predictivos de la diferente continuidad en esta Unidad. Para ello hemos aplicado las pruebas de Chi-Cuadrado y el Coeficiente de Contingencia para determinar si la diferencia observada es mayor de la que es razonable esperar por el efecto del azar. Se ha tomado como nivel mínimo de significación 0'95% ($P < 0.05$). Solamente entonces se admite que las diferencias observadas son significativas.

2.2.7.1. CUESTIONARIO ANALISIS DE LA DEMANDA

DATOS DE IDENTIFICACION : NIÑO

1. Fecha de nacimiento. Edad.

1. 01	9. 09
2. 02	10. 10
3. 03	11. 11
4. 04	12. 12
5. 05	13. 13
6. 06	14. 14
7. 07	15. 15
8. 08	16. 16

2. Sexo.

- 1- Varón.
- 2- Hembra.

3. Lugar de nacimiento.

- | | |
|-----------------|----------------------|
| 1. Alava. | 7. Galicia. |
| 2. Euskadi. | 8. Castilla-León. |
| 3. Navarra. | 9. Resto del Estado. |
| 4. Rioja. | 10. Extranjero |
| 5. Andalucía. | 11. Sin datos. |
| 6. Extremadura. | |

4. Escolarización.

- | | |
|-------------------|-------------------------------|
| 1. Casa. | 11. 6º E.G.B. |
| 2. Guardería. | 12. 7º " |
| 3. Abandono. | 13. 8º " |
| 4. 1º Preescolar. | 14. 1º F.P. |
| 5. 2º Preescolar. | 15. 2º F.P. |
| 6. 1º E.G.B. | 16. 1º B.U.P. |
| 7. 2º " | 17. 2º B.U.P. |
| 8. 3º " | 18. Programa E.E. Específico. |
| 9. 4º " | 19. Educación Compensatoria. |
| 10. 5º " | |

5. Número de hermanos.

1. *Hijo solo.*
2. *1 hermano.*
3. *2 hermanos.*
4. *3 ó 4 hermanos.*
5. *5 ó más hermanos.*
6. *Sin datos.*

6. Lugar que ocupa.

1. *El mayor.*
2. *El pequeño.*
3. *El segundo.*
4. *El tercero.*
5. *El cuarto ó más.*
6. *Es gemelo.*
7. *Sin datos.*

7. Situación del niño en la Convivencia Familiar.

1. *Vive con sus dos padres.*
2. *Vive con su padre o su madre, de nuevo unidos en pareja.*
3. *Vive con uno de los padres.*
4. *Vive con miembros de la familia.*
5. *Vive con familia adoptiva.*
6. *Vive en institución.*
7. *Sin datos.*

DATOS DE IDENTIFICACION: PADRE.**8. Fecha de nacimiento.**

1. *Menor de 20 años.*
2. *21-30 años.*
3. *31-40 años.*
4. *41-50 años.*
5. *Más de 50 años.*
6. *Sin datos.*

9. Lugar de nacimiento.

- | | |
|-----------------|----------------------|
| 1. Alava. | 7. Galicia. |
| 2. Euskadi. | 8. Castilla-León. |
| 3. Navarra. | 9. Resto del Estado. |
| 4. Rioja. | 10. Extranjero. |
| 5. Andalucía. | 11. Sin datos. |
| 6. Extremadura. | |

10. Situación laboral.

1. Activo.
2. Paro.
3. Incapacidad laboral transitoria.
4. Incapacidad laboral permanente.
5. Jubilación.
6. Muerte del padre.
7. Sin datos.

11. Estudios.

1. Sin estudios.
2. Estudios primarios de E.G.B.
3. F.P. y B.U.P.
4. Titulado Medio o Superior.
5. Sin datos.

DATOS DE IDENTIFICACION: MADRE.**12. Fecha de nacimiento.**

1. Menor de 20 años.
2. 21-30 años.
3. 31-40 años.
4. 41-50 años.
5. Más de 50 años.
6. Sin datos.

13. Lugar de nacimiento.

- | | |
|-----------------|----------------------|
| 1. Alava. | 7. Galicia. |
| 2. Euskadi. | 8. Castilla-León. |
| 3. Navarra. | 9. Resto del Estado. |
| 4. Rioja. | 10. Extranjero. |
| 5. Andalucía. | 11. Sin datos. |
| 6. Extremadura. | |

14. Situación laboral.

1. Activo.
2. Paro.
3. Incapacidad laboral transitoria.
4. Incapacidad laboral permanente.
5. Jubilación.
6. Muerte de la madre.
7. Sin datos.
8. Sus labores.

15. Estudios.

1. Sin estudios.
2. Estudios primarios de E.G.B.
3. F.P. y B.U.P.
4. Titulado Medio o Superior.
5. Sin datos.

16. ¿Quién les ha enviado a esta Unidad?.

1. Médico.
2. Psiquiatría de Adultos (público o privado).
3. Maestro.
4. Centro de Orientación Pedagógica (COP).
5. Servicios Sociales.
6. Familiares o conocidos.
7. Psicólogos Privados.
8. No. Propia Iniciativa.

¿Cuál es el motivo de consulta? Recoger textualmente.

17. Problemas de Desarrollo.

- 1- Sí*
- 2- No*

18. Problemas de Comportamiento.

- 1- Sí*
- 2- No*

19. Problemas de Control de esfínteres.

- 1- Sí*
- 2- No*

20. Problemas de Alimentación.

- 1- Sí*
- 2- No*

21. Problemas de Sueño.

- 1- Sí*
- 2- No*

22. Problemas de Inhibición-Emotividad.

- 1- Sí*
- 2- No*

23. Problemas de Tics-Tartamudez.

- 1- Sí*
- 2- No*

24. Problemas de Resonancia médica.

- 1- Sí*
- 2- No*

25. Problemas Escolares.

- 1- Sí*
- 2- No*

26. *Problemas de Pronunciación.*

- 1- *Sí*
- 2- *No*

27. *Problemas de Miedos y Fobias.*

- 1- *Sí*
- 2- *No*

28. *Suicidio.*

- 1- *Sí*
- 2- *No*

29. *Masturbación.*

- 1- *Sí*
- 2- *No*

30. *Otros.*

- 1- *Sí*
- 2- *No*

31. *¿Por qué les preocupa?*

- 1. *Por el propio niño (presente o futuro).*
- 2. *Molestias familiares.*
- 3. *Por ambas razones (niño y familia).*
- 4. *No preocupa.*
- 5. *Sin datos.*
- 6. *Otros.*

32. *¿Desde cuándo están Uds. preocupados?.*

- 1. *Menos de 1 mes.*
- 2. *Entre 1 y 6 meses.*
- 3. *Entre 6 meses y 1 año.*
- 4. *De 1 año a 3 años.*
- 5. *De 3 a 5 años.*
- 6. *Más de 6 años.*
- 7. *De siempre.*
- 8. *No están preocupados.*
- 9. *Sin datos.*

33. *¿Han hablado con algún otro profesional, además del que les envía aquí, sobre este problema?*

- 1- *Sí*
- 2- *No*
- 3- *Sin datos.*

¿Con quién/quienes? (Poner en orden).

34. *Médico.*

- 1- *Sí*
- 2- *No*

35. *Psiquiatría de Adultos (público o privado).*

- 1- *Sí*
- 2- *No*

36. *Maestro.*

- 1- *Sí*
- 2- *No*

37. *Centro de Orientación Pedagógica (COP).*

- 1- *Sí*
- 2- *No*

38. *Servicios Sociales.*

- 1- *Sí*
- 2- *No*

39. *Psicólogos Privados.*

- 1- *Sí*
- 2- *No*

40. *¿Cuándo consultaron por primera vez con alguien?*

1. *Menos de 1 mes.*
2. *Entre 1 y 6 meses.*
3. *Entre 6 meses y 1 año.*
4. *De 1 año a 3 años.*
5. *De 3 a 5 años.*
6. *Desde que apareció el problema.*
7. *Desde ahora.*
8. *Sin datos.*

41. *Qué les ha hecho a Uds. -ahora- venir a este Servicio?.*

1. *La indicación anterior.*
2. *Un hecho reactivo familiar: (muerte, separación, operación, nacimiento de un hermano).*
3. *Un hecho reactivo del niño: (suspensos, expulsión, actos delictivos, enfermedad, operación).*
4. *Empeoramiento o agravación del problema.*
5. *"No podemos más".*
6. *Otras causas.*
7. *Sin datos.*

42. *¿Este niño ha sido anteriormente tratado por este motivo?*

- 1- *Sí*
- 2- *No*
- 3- *Sin datos*

43. *Y, ¿por otros motivos?*

- 1- *Sí*
- 2- *No*
- 3- *Sin datos*

44. *Mes*

- 1- *Enero.*
- 2- *Febrero.*
- 3- *Marzo.*
- 4- *Abril.*
- 5- *Mayo.*
- 6- *Junio.*

2.2.7.2. CUESTIONARIO DE LOS DATOS CLINICOS

1.- EXPLORACION DIAGNOSTICA:

- 1.- Se realiza diagnóstico psicológico.
- 2.- No se realiza diagnóstico porque no acuden a la acogida.
- 3.- No se realiza diagnóstico porque no acuden a la 1. consulta.
- 4.- No se realiza diagnóstico porque abandonan el proceso diagnóstico.
- 5.- No procede hacer diagnóstico. (No es un caso de *Psiquiatría Infantil*, se deriva a otro servicio dentro o fuera de la red sanitaria, no hay datos suficientes ... etc.)

2.- DIAGNOSTICO.

(Ver glosario de la clasificación francesa de los problemas mentales del niño y del adolescente que se adjunta en el Anexo).

La codificación 000 corresponderá a una ausencia de diagnóstico en cualquiera de los ejes. En caso de que se considere necesario, se anotará más de una categoría (tanto en el eje 1 como en el eje 2)

EJE 1: 1.- Diagnóstico Principal

2.- Diagnóstico Complementario

EJE 2: 1.- Factores Orgánicos

21.- Factores y condiciones del medio.Principal.

22.- Factores y condiciones del medio.Secundario.

3.- ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DEL PADRE/MADRE.

PADRE:

1.- Sin antecedentes: No existen antecedentes ni de tratamiento psicológico y / o psiquiátrico, ni de ingresos psiquiátricos.

2.- Tratamiento psicológico y/o psiquiátrico actual: Se encuentra en la actualidad (en el momento de establecer contacto con este servicio) en tratamiento psiquiátrico y/o psicológico. Bien sea a nivel público o privado.

3.- Tratamiento psicológico y/o psiquiátrico anterior: Ha recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico anteriormente a la toma de contacto con este servicio, bien sea público o privado.

4.- Ingresos Psiquiátricos: Existencia de ingresos psiquiátricos constatables.

5.- Se indica tratamiento pero no lo recibe: Existiendo gravedad clínica, sufrimiento o una desestructuración importante, se indica tratamiento por parte de un profesional, indicación que no es aceptada por el padre

9.- Sin datos: No existe información acerca de antecedentes psiquiátricos del padre.

MADRE:

1.- Sin antecedentes: No existen antecedentes ni de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, ni de ingresos psiquiátricos.

2.- Tratamiento psicológico y/o psiquiátrico actual: Se encuentra en la actualidad (en el momento de establecer contacto con este servicio) en tratamiento psiquiátrico y/o psicológico. Bien sea a nivel público o privado.

3.- Tratamiento psicológico y/o psiquiátrico anterior: Ha recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico anteriormente a la toma de contacto con este servicio, bien sea público o privado.

4.- Ingresos Psiquiátricos: Existencia de ingresos psiquiátricos constatables.

5.- Se indica tratamiento pero no lo recibe: Existiendo gravedad clínica, sufrimiento o una desestructuración importante, se indica tratamiento por parte de un profesional, indicación que no es aceptada por la madre.

9.- Sin datos: No existe información acerca de antecedentes psiquiátricos de la madre.

4.- ORIENTACION TERAPEUTICA.

1.- Tratamiento necesario: Existe indicación por parte del terapeuta de la necesidad de tratamiento.

2.- Derivación: Envío del paciente a otro servicio ó a tratamiento privado por entender que no debe ser tratado en este servicio. (Apoyo pedagógico, logopedia ...etc).

3.- Tratamiento no necesario: No se orienta a tratamiento según criterio del terapeuta.

5.- TIPO DE TRATAMIENTO INDICADO.

1.- Tratamiento Individual: Sesiones individuales con el paciente prioritariamente, se incluye aquí la existencia de entrevistas familiares.

2.- Apoyo y seguimiento: No existe un tratamiento reglado. Se incluyen aquí las sesiones de apoyo, seguimiento y control por indicación del terapeuta.

3.- Tratamiento Familiar: El tratamiento familiar es prioritario aunque se realicen sesiones con el paciente en algún momento. Puede tratarse a toda la familia o solo a los padres.

Esta categoría excluye las orientaciones o entrevistas a la familia que se hacen en la mayoría de los tratamientos.

4.- Tratamiento Farmacológico: Se categorizan aquí aquellos casos en los que el tratamiento farmacológico es prioritario, aunque existan entrevistas individuales o familiares.

5.- Otros: Tratamiento de Relajación, Tratamiento Grupal, ... etc.

6.- ACEPTACION DEL TRATAMIENTO

1.- Acepta el tratamiento: El sujeto acepta iniciar el tratamiento propuesto.

2.- No acepta el tratamiento: El sujeto no desea iniciar el tratamiento propuesto.

7.- DURACION DEL TRATAMIENTO.

1.- Corto por indicación del terapeuta: De 1 a 6 meses.

2.- Medio por indicación del terapeuta: De 6 meses a un año.

3.- Largo por indicación del terapeuta: Más de un año.

4.- Continúan el tratamiento: Continúan en tratamiento después de 24 meses.

5.- Abandono durante el tratamiento:

8.- ALTA.

1.- Solo citados: Se incluyen aquí los casos en los que no se ha podido realizar diagnóstico, es decir: cuando no acuden a la acogida o cuando no acuden a la 1. consulta .

2.- Alta por normalidad: Se incluyen aquí a los sujetos que han sido dados de alta por normalidad psíquica y no precisar tratamiento.

3.- Alta por derivación: Se incluyen aquí los casos en los que se deriva al paciente a otro servicio público o privado, fuera de esta red sanitaria, por entender que el problema no es competencia de este servicio.

4.- No aceptan el tratamiento : Se incluyen aquí los casos que una vez indicado la necesidad de tratamiento ,no aceptan iniciarlo.

5.- Alta por abandono: Se incluyen aquí los casos en los que existe abandono durante el curso del tratamiento, es decir interrumpiendo el tratamiento antes de lo que el clínico considera oportuno.

6.- Alta clínica: El paciente es dado de alta por indicación del terapeuta y mediante acuerdo con el paciente.

7.- Continua en tratamiento: Se incluyen aquí los casos que continúan en tratamiento después de 24 meses de realizar la demanda.

**III. DESCRIPCION Y
ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

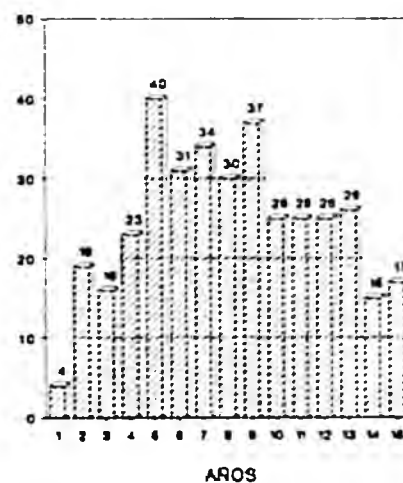
**ANALISIS DE LOS RESULTADOS
DE LA DEMANDA**

3.1. ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA DEMANDA

3.1.1. EDAD

TABLA 1. EDAD : FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
1 año	4	1,1
2 años	19	5,2
3 años	16	4,4
4 años	23	6,3
5 años	40	10,9
6 años	31	8,4
7 años	34	9,3
8 años	30	8,2
9 años	37	10,1
10 años	25	6,8
11 años	25	6,8
12 años	25	6,8
13 años	26	7,1
14 años	15	4,1
15 años	17	4,6
TOTAL	367	100,0



Las edades en las que más se consulta son los 5 años seguidos de 9 y 7, tal como aparece en la tabla 1.

El intervalo de edad entre 6 a 10 años es el de mayor demanda, dato que concuerda con estudios realizados en otras Unidades de Psiquiatría Infantil.

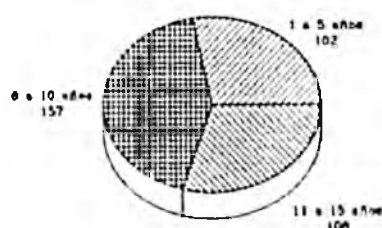
Aunque se tendría que realizar estudios comparativos en relación a la evolución de la demanda en años anteriores ,se observa una mayor tendencia a consultar en edades tempranas, de 1 a 3 años , 10,7% , y en el inicio de la adolescencia, de 13 a 15 años, 15,8%. Este porcentaje se ha ido elevando progresivamente a lo largo de los años de funcionamiento del Servicio.

La tendencia actual en psiquiatría infantil es detectar tempranamente las dificultades y de esta forma lograr la prevención. Al constatar este 10,7% de sujetos en edades de 1 a 3 años es posible salir al paso de futuros problemas que tienden a derivar en una sintomatología más severa si no hay una temprana intervención.

Agrupando los resultados anteriores en períodos de edad de acuerdo a las etapas evolutivas globales, primera infancia, segunda infancia y pubertad-adolescencia, se encuentra la siguiente distribución ,tabla 2.

TABLA 2. INTERVALOS DE EDAD : FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
1 a 5 años	102	27,8
6 a 10 años	157	42,8
11 a 15 años	108	29,4
TOTAL	367	100,0



3.1.2. SEXO

TABLA 3. SEXO : FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
CHICAS	140	38
CHICOS	227	62
TOTAL	367	100



Se confirma en este estudio lo hallado en la mayoría de los estudios precedentes: existe una superrepresentación de chicos frente a las chicas en la demanda en las Unidades de psiquiatría infantil.

En nuestro estudio casi un 25% más son chicos en relación a las chicas (sexo-ratio 1,62). Este hecho tan constatado en todos los estudios no es fácil de explicar. Se han avanzado diferentes hipótesis:

- Mayor vulnerabilidad genética y fragilidad "constitucional" en los chicos en estas edades.
- Mayor exigencia social, y en particular referida a lo escolar, hacia los chicos que hacia las chicas.
- Mayor facilidad para externalizar sus dificultades que las chicas.

3.1.3. SEXO Y EDAD

La tabla 4 agrupa la distribución por edad y sexo de los sujetos.

TABLA 4. EDAD Y SEXO. PORCENTAJES Y SIGNIFICATIVIDAD DE LA RELACION

EDAD	CHICOS		CHICAS		TOTAL
	N	%	N	%	
1	4	1,1	...	....	1,1
2	16	4,4	3	0,8	5,2
3	7	1,9	9	2,5	4,4
4	14	3,8	9	2,5	6,3
5	23	6,3	17	4,6	10,9
6	12	3,3	19	5,2	8,4
7	23	6,3	11	3,0	9,3
8	19	5,2	11	3,0	8,2
9	21	5,7	16	4,4	10,1
10	16	4,4	9	2,5	6,8
11	20	5,5	5	1,4	6,8
12	20	5,4	5	1,4	6,8
13	17	4,6	9	2,5	7,1
14	10	2,7	5	1,4	4,1
15	5	1,4	12	3,3	4,6
TOTAL	227	61,9	140	38,1	100,0

Significatividad de la relación: .0041

Chi-Cuadrado= 31.895

Coefficiente de Contingencia = .28277

La descripción de los resultados es la siguiente:

El porcentaje de chicos es superior al de chicas en la población total y en casi todas las edades.

Hay tres edades en las que el sexo femenino supera la demanda de los chicos, siendo las edades de 3, 6 y 15 años.

A raíz de los resultados podemos analizar que:

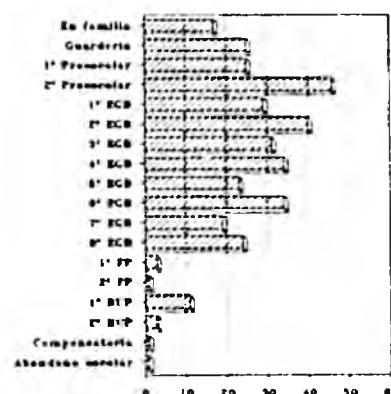
En las edades de 1 y 2 años hay un porcentaje elevado de chicos, 20 frente a 3 chicas. Habría que señalar que la labor preventiva y precoz es en los chicos superior que en las chicas. Parece poder inferirse que los problemas aparecen antes, con más intensidad, o molestan más.

Teniendo en cuenta otros estudios realizados sobre el aumento de demanda en las chicas en la pubertad-adolescencia, en nuestro estudio este hecho solo se constata a los 15 años.

3.1.4. ESCOLARIDAD

TABLA 5. ESCOLARIDAD: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
En familia	17	4,6
Guardería	25	6,8
1° Preescolar	25	6,8
2° Preescolar	46	12,5
1° EGB	29	7,9
2° EGB	40	10,9
3° EGB	31	8,4
4° EGB	34	9,3
5° EGB	23	6,3
6° EGB	34	9,3
7° EGB	19	5,2
8° EGB	24	6,5
1° FP	3	0,8
2° FP	1	0,3
1° BUP	11	3,0
2° BUP	3	0,8
Compensatoria	1	0,3
Aband. Escolar	1	0,3
TOTAL	367	100,0



La mayor demanda relacionada con la escolaridad es en 2° de preescolar y en 2° de EGB, momentos en que finaliza un ciclo escolar y comienza otro pasando a 1° de EGB y 3° de EGB respectivamente.

3.1.5. LUGAR DE NACIMIENTO

TABLA 6. LUGAR DE NACIMIENTO: FRECUENCIA Y PORCENTAJES

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Alava	324	88,3
Guipuzcoa y Vizcaya	12	3,3
Navarra	2	0,5
Castilla-León	7	1,9
Extremadura	2	0,5
Resto de España	15	4,1
Fuera de España	5	1,4
TOTAL	367	100,0

Como podemos observar en la tabla 6, el 88,3% de los sujetos son de Alava, seguidos de Guipuzcoa y Vizcaya en un grado muy inferior. El 91,6% de los sujetos de este estudio, han nacido en la Comunidad Autónoma Vasca. El resto se distribuye en las demás Comunidades Autonómicas, especialmente Castilla-León.

3.1.6. LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS PADRES

TABLA 7. LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS PADRES: PORCENTAJES

CATEGORIAS	PADRE	MADRE
Alava	27,8	30,0
Guipuzcoa y Vizcaya	4,4	6,5
Navarra	0,5	1,9
Castilla-León	24,3	21,8
Extremadura	13,6	11,2
Resto de España	23,5	26,4
Fuera de España	1,9	2,2
TOTAL	100,0	100,0

Comparando los resultados de los hijos, tabla 6, con el lugar de nacimiento de los padres, tabla 7, constatamos una clara diferencia. Los padres en su mayoría pertenecen a las Comunidades de Castilla-León, seguida por la de Extremadura. El resto de las Comunidades Autónomas se dispersa en porcentajes muy bajos por lo que las he agrupado en una única categoría.

A raíz de estos resultados podemos decir, que solo un niño de cada tres que demandaron consulta durante este estudio, es de origen vasco mientras que los otros dos son hijos de emigrantes.

3.1.7. COMPOSICION Y ESTATUS FAMILIAR

Las tablas 8-11 indican la composición familiar, el nivel cultural, laboral y la situación del niño en la convivencia familiar.

TABLA 8. NUMERO DE HERMANOS : FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Hijo solo	78	21,2
1 hermano	163	44,4
2 hermanos	85	23,2
3 hermanos o más	41	11,2
TOTAL	367	100,0

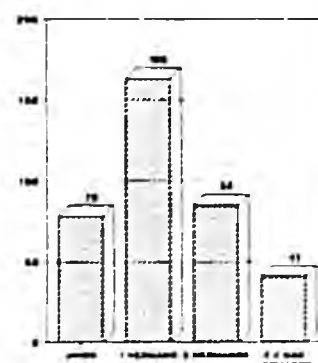


TABLA 9. ORDEN DE HERMANOS: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Mayor	176	48,0
Menor	129	35,1
Segundo	34	9,3
Tercero o más	28	7,6
TOTAL	367	100,0

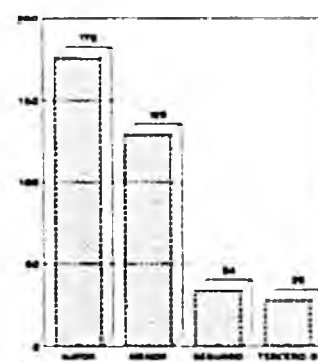
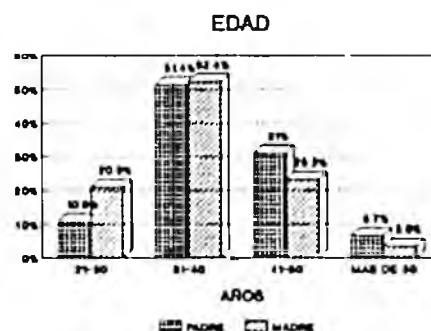
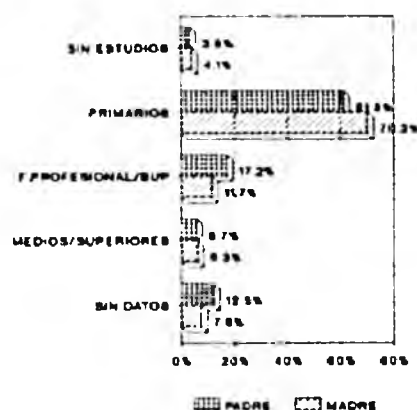


TABLA 10. EDAD, ESTUDIOS Y TRABAJO DEL PADRE Y MADRE: PORCENTAJES

VARIABLE	CATEGORIAS	PADRE	MADRE
EDAD	21 a 30 años	10,9	20,9
	31 a 40 años	51,4	52,4
	41 a 50 años	31,0	23,2
	Más de 50 años	6,7	3,5
ESTUDIOS	Sin estudios	3,5	4,1
	Primarios	61,3	70,3
	F. Prof. BUP	17,2	11,7
	Med. y Super.	5,7	6,3
	Sin datos	12,3	7,6
TRABAJO	Activo	86,6	34,3
	Paro	4,1	2,7
	Jubilado	3,0	0,0
	Sus Labores	0,0	61,3
	Fallecimiento	1,6	0,3
	Sin datos	4,7	1,4



ESTUDIOS



TRABAJO

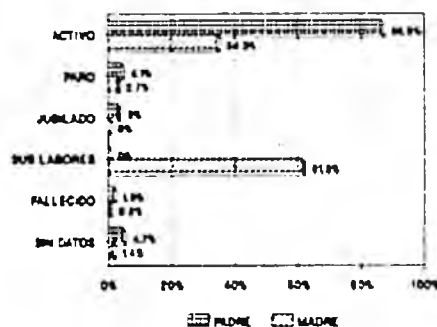


TABLA 11. SITUACION FAMILIAR EN LA CONVIVENCIA DEL NIÑO: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Con ambos padres	302	82,3
Con uno de los padres	46	12,5
Con uno de los padres nuevamente emparejado	11	3,0
Familia extensiva, adoptiva, Institución	8	2,2
TOTAL	367	100,0



De los resultados de estas tablas podemos expresar que: son familias de 2 ó 3 hijos y se consulta con mayor frecuencias por el mayor y/o por el hijo pequeño. Las edades de los padres son preferentemente entre 31 y 40 años. En las edades inferiores de 21 a 30 años el porcentaje de madres es el doble que el de los padres. En las edades superiores de más de 50 años ocurre a la inversa por lo que puede afirmarse que las madres son en este estudio, al igual que en otros, más jóvenes que los padres.

El nivel de estudios de los padres es bajo. La inmensa mayoría de éstos, 61,3 % el padre y 70,3% la madre, sólo han realizado Estudios Primarios. Le siguen en orden de frecuencias los estudios de Formación Profesional y/o BUP, y finalmente los padres con estudios Superiores. El porcentaje de padres sin ningún tipo de estudios es el más bajo de todos.

Respecto a la situación laboral de los padres que acuden a la UPI, las diferencias entre padre y madre son manifiestas. Los padres en activo son 86,6%, y en paro 4,1%. Este último porcentaje es bajo comparado con los sujetos que en Alava sufren esta situación. El 3% está jubilado. Las madres se agrupan en la categoría "en activo" en un 34,3%, y sólo un 2,7% en paro. El mayor porcentaje está en sus labores, 61,3%, aunque el porcentaje de madres en activo es elevado.

Finalmente, de los sujetos por los que se demanda consulta, viven con ambos padres el 82,3% de los casos. Un 15,5% de la población vive con uno de ellos bien por separación, muerte u otras causas.

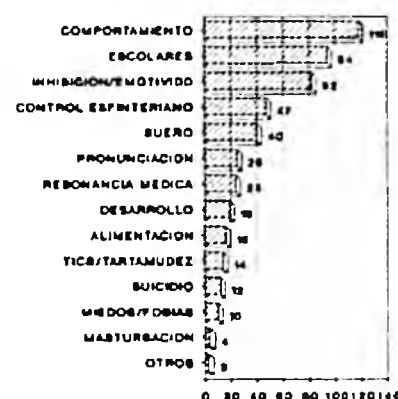
3.1.8. MOTIVOS DE CONSULTA

Recordemos que las categorías de los motivos de consulta se codificaron en función de los síntomas que los padres referían. Dichas categorías se establecieron no de forma excluyente sino múltiple atendiendo a los motivos que expresaban. Por ello el sumatorio de todos los motivos de consulta supera el 100%.

Los resultados en orden decreciente son los que se presentan en la tabla siguiente :

TABLA 12 . MOTIVOS DE CONSULTA: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

CATEGORIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Comportamiento	118	32,2
Escolares	94	26,6
Inhibición- emotividad	82	22,3
Control de esfínteres	47	12,8
Sueño	40	10,9
Desarrollo	25	6,8
Pronunciación	25	6,8
Resonancia médica	24	6,5
Alimentación	16	4,4
Tics, tartamudez	14	3,8
Suicidio	12	3,3
Miedos, fobias	10	2,7
Masturbación	4	1,1
* Otros	3	0,8



Los problemas de comportamiento seguidos de los problemas escolares son los que más frecuencia registran.

A raíz de los resultados podemos inferir que:

La población infantil se ve sometida a un proceso de educación familiar y escolar y de progresiva incorporación e internalización de las normas a lo largo de todo su desarrollo evolutivo. Debido a ello las transgresiones a la normativa familiar o de los adultos, en mayor o menor grado, es fuente de preocupación por parte de los padres. Las posibilidades de estas transgresiones son múltiples y de muy diversa índole y quedan recogidas en los variados síntomas que esta categoría contemplaba, aunque en el sustrato básico de todos los problemas conductuales estaba siempre el exceso de actuación: la agresión o transgresión de normas.

En el extremo opuesto se sitúan los problemas por emotividad o inhibición de la conducta, que conlleva aislamiento, poca actuación, infantilismo y dependencia, angustia ante la separación, etc... Como veremos más adelante estos dos extremos en el modo de presentar los conflictos tienen relación con el sexo de los sujetos.

3.1.9. RELACION ENTRE MOTIVOS DE CONSULTA Y EDAD

La tabla 13 y el cuadro 1 muestran y ejemplifican la relación entre la variable edad con cada uno de los motivos de consulta.

TABLA 13. MOTIVOS DE CONSULTA Y EDAD. SIGNIFICATIVIDAD DE LA RELACION.

MOTIVOS	FRECUENCIA	SIGNIFICATIV.
Desarrollo	25	.0000
Comportamiento	118	.0052
Control de esfínteres	47	.0075
Alimentación	16	--
Sueño	40	--
Inhibición-Emotividad	82	--
Tics, tartamudez,...	14	--
Resonancia médica	24	--
Escolares	94	.0000
Pronunciación	25	.0000
Miedos-Fobias	10	--
Suicidio	12	.0001
Masturbación	4	--
Otros	3	--

La explicación de las relaciones significativas de los motivos de consulta y la variable edad son las siguientes:

DESARROLLO

Significatividad de la relación: .0000

De los 25 sujetos que consultan con problemas de desarrollo, 19, es decir el 76% de éstos, tienen edades entre 1 y 4 años. La importancia de este motivo de consulta conlleva que se detecte tempranamente, y que se acuda a la UPI con cierta precocidad. A los 2 años es cuando más se consulta por este motivo.

COMPORTAMIENTO

Significatividad de la relación: .0052

Los 118 sujetos con problemas de comportamiento se agrupan preferentemente entre edades de 9 a 12 años, es decir, alrededor del inicio de la pubertad, o bien al final del ciclo medio y principio del superior. En concreto, a los 10 y 12 años más de la mitad de la población consulta por este problema. También deben tomarse en consideración las edades de 4/5 años, ya que un tercio de los sujetos de estas edades consultan por problemas de comportamiento.

CONTROL DE ESFINTERES

Significatividad de la relación: .0075

La relación significativa entre edad y problemas de control de esfínteres indica que se consulta preferentemente entre los 4 y 9 años desapareciendo posteriormente este motivo. Un 92% de los que consultan por este motivo, lo hacen a estas edades. A los 7 años se da el porcentaje más elevado, 23,4%.

ESCOLARES

Significatividad de la relación: .0000

Los problemas escolares agrupan el mayor porcentaje de los sujetos. Los resultados obtenidos indican que estos problemas aparecen a partir de una determinada edad, aproximadamente a los 9 años, y que su frecuencia aumenta en relación a la edad de los sujetos.

A los 13 años el 50% de los niños que consultan alegan este motivo, no es el único, ya que generalmente cursan con problemas de comportamiento.

PRONUNCIACION

Significatividad de la relación: .0000

El 96% de los niños con problemas de **pronunciación** tienen entre 4 y 8 años. Este es el sentido de la relación significativa entre ambas variables, preocupa y desaparece en un intervalo concreto de edad. Al inicio de preescolar y especialmente en el 1º curso de EGB. Este hecho puede ser comprendido por la incidencia en la lecto-escritura. También podemos inferir que antes del preescolar, es decir, antes de los 4/5 años, se concede un margen temporal para que el niño corrija espontáneamente esta dificultad y no suele ser causa de preocupación.

SUICIDIO

Significatividad de la relación: .0001

Los pacientes que consultan por **intentos de suicidio** son pre-púberes y adolescentes. Especialmente acontece este suceso entre los 11 y 15 años, 82,6%. Las edades de 11 años, inicio de la pubertad, y los 15, adolescentes, son las que más demandan por este motivo.

Aunque existe significatividad en la relación de los problemas de masturbación con la edad, no reúne las condiciones mínimas de aplicabilidad por lo reducido de la muestra, pero curiosamente sólo se consulta en edades inferiores, en concreto entre 3 y 8 años. Posiblemente a los padres resulte conflictiva y extraña que se dé esta conducta en estas edades tempranas.

Los problemas de alimentación, sueño, inhibición-emotividad, tics, resonancia médica y miedos-fobias, no guardan relación con la edad. La frecuencia con que aparecen estos síntomas es independiente de la edad de los sujetos, es decir, aparece en todas las edades con frecuencias parecidas.

En la categoría "Otros" se agruparon problemas de diversa índole, 0,8%, difícilmente asignables a las categorías establecidas, como no querer ir con el padre separado los días que le corresponde, solicitud de peritaje judicial, etc... En razón de esto no serán posteriormente analizados.

CUADRO 1. EDAD Y MOTIVOS DE CONSULTA. RELACION

0	3	5	7	9	11	13	15
<u>Desarrollo</u>							
*					<u>Comportamiento</u>		
*							
*		<u>Control de Esfín.</u>					
			<u>A l i m e n t a c i ó n</u>				
	<u>Sueño</u>		<u>Sueño</u>			<u>Sueño</u>	
	<u>Inhibición-Emotividad</u>				<u>Inhibición-Emotividad</u>		
			<u>Tics y Tartamudez</u>				
	<u>Resonancia Médica</u>				<u>Resonancia Médica</u>		
*				<u>Escolares</u>		<u>Escolares</u>	
*			<u>Pronunciación</u>				
	<u>Miedos</u>		<u>Miedos</u>			<u>Miedos</u>	
*						<u>Suicidio</u>	
			<u>Masturbación</u>				

* = Relación significativa

Como conclusión podemos decir que :

Son exclusivos de la primera infancia los problemas de desarrollo.

En la segunda infancia aparecen con más frecuencia problemas de control de esfínteres, masturbación y pronunciación.

Sólo en la pubertad y adolescencia se consulta por problemas de suicidio y se prefieren los de comportamiento.

Los demás motivos de consulta, con diversas manifestaciones, se cursan a lo largo de las edades con análoga frecuencia.

3.1.10. RELACION ENTRE MOTIVOS DE CONSULTA Y SEXO

La relación entre sexo y motivos de consulta se recogen en la tabla siguiente:

Se ha considerado el porcentaje de chicos y chicas en el 100%, (con problemas y sin problemas) para cada sexo.

TABLA 14 MOTIVOS DE CONSULTA Y SEXO. PORCENTAJES Y SIGNIFICATIVIDAD DE LA RELACION

	CHICOS		CHICAS		SIGNIFI.
	Con Pr.	Sin Pr.	Con Pr.	Sin Pr.	
Desarrollo	8,4	91,6	4,3	95,8	....
Comportamiento	37,0	63,0	24,3	75,7	.0113
Cont. Esf/Interes	12,8	87,2	12,8	87,2	....
Alimentación	3,5	96,5	5,8	94,2	....
Sueño	9,3	90,7	13,7	86,3	....
Inhib.-Emotivid.	17,6	72,4	30,0	70,0	.0057
Tics,tartamudez	3,5	92,5	4,3	94,7	....
Resonan. Médica	4,8	95,2	9,3	90,7	.0847
Escolares	30,8	69,2	17,1	82,9	.0035
Pronunciación	8,8	91,2	3,6	96,4	.0530
Miedos-Fobias	2,2	97,8	3,6	96,4	....
Suicidio	2,6	97,4	4,6	95,7	....
Masturbación	---	100,0	2,9	97,1	.0104

Los resultados de covariación nos llevan a las siguientes conclusiones:

DESARROLLO

Son pocos los sujetos que consultan por este motivo, 6,8% del total de la población, pero la frecuencia de chicos es casi el doble que la de chicas, 8,4% y 4,3% respectivamente. Estudios epidemiológicos precedentes concluyeron en este mismo sentido.

COMPORTAMIENTO

Significatividad de la relación: .0113

La diferencia significativa muestra que las conductas que hemos denominado problemas de comportamiento son más frecuentes en chicos que en chicas. Un 32,2% acude con esta problemática y son 22,9% (84) chicos y 9,3% (34) chicas. Considerando el 100%, la distribución es 37,0 y 24,3 respectivamente.

CONTROL DE ESFINTERES

Es el único motivo de consulta en el que coinciden chicos y chicas en el mismo porcentaje, 12,8%. Para ambos sexos es uno de los motivos por los que más se consulta. Entre los chicos es el cuarto motivo de consulta, en las chicas el quinto motivo de consulta en orden de frecuencia.

ALIMENTACION

La diferencia porcentual es a favor de sexo femenino sin que esta diferencia sea significativa. El número de sujetos que consulta es reducido (16), y se distribuyen en 3,5% chicos y 5,8% chicas.

SUEÑO

Los sujetos que consultan por este motivo son el 10,9% del total de la muestra. Para las chicas es el cuarto motivo de consulta en orden de frecuencia, con un 13,7% de consultas y para los chicos es el quinto con un 9,3%.

Parece que la población infantil, en todas las edades y sin variación en función del sexo, tiene problemas de sueño de diversa índole: insomnio, miedos, imposibilidad de dormir solos, pesadillas, terrores nocturnos...

INHIBICION-EMOTIVIDAD

Significatividad de la relación: .0057

Las chicas casi doblan el porcentaje de frecuencias en este motivo de consulta. Es para éstas el primer motivo de consulta por el que más acuden a la UPI. Para los chicos es el tercero en orden de frecuencias, pero con un porcentaje muy inferior.

Del 38% de mujeres que acuden a consulta, un 11,4% presentan una sintomatología en este sentido, es decir una de cada tres.

TICS, TARTAMUDEZ

Sólo 14 sujetos consultan por estos síntomas, 57% son chicos y el 42% chicas. La diferencia porcentual no es significativa. Del total de la población suponen un 3,8% distribuidos en un 3,5% chicos y 4,3% chicas, una ligera diferencia a favor de estas últimas.

RESONANCIA MEDICA

Aunque no existe diferencia significativa, si es uno de los motivos que diferencian a chicos y chicas tanto en los porcentajes respectivos como en el orden de frecuencia por lo que se consulta en ambos sexos (relación tendencial $P = .0847$). Las chicas, como muestra la tabla, tienden a una sintomatología con referencia al cuerpo con más frecuencia que los chicos, casi el doble.

ESCOLARES

Significatividad de la relación: .0035

La diferencia significativa indica que los problemas escolares son más frecuentes en el sexo masculino que femenino, casi el doble de chicos que de chicas vienen con este motivo. Estos resultados concuerdan con otros estudios infantiles sobre fracaso escolar en las enseñanzas obligatorias y medias.

PRONUNCIACION

Significatividad de la relación: .0530

Los datos señalan que se consulta más por problemas de pronunciación en el sexo masculino que en el femenino. Parece que las dificultades escolares y los problemas de desarrollo también guardan relación entre sí y son significativamente más frecuentes en chicos que en chicas.

MIEDOS Y FOBIAS

Sólo un 2,7% de la población acude por este motivo con una distribución por sexos del 2,2% chicos y 3,6% chicas.

SUICIDIO

Los intentos de suicidio en chicas es de un 4,3% frente a un 2,6% en chicos. Para éstos es uno de los motivos de consulta de menor frecuencia estadística, no así para las chicas.

MASTURBACION

Aunque existe significatividad en la relación .0104 , el Chi-Cuadrado no reúne las condiciones mínimas de aplicabilidad. Solamente son cuatro sujetos los que acuden a consulta por este motivo. Sin embargo, es curioso que todas sean niñas y en edades tempranas como hemos referido anteriormente.

Para concluir, consideramos de interés presentar el cuadro 2 que recoge la relación entre tipo de consulta y sexo y permite visualizar el modo preferente la forma de manifestar los conflictos los chicos y las chicas o la preocupación-intolerancia de los adultos ante determinados problemas en función del sexo.

CUADRO 2. RELACION SEXO Y MOTIVO DE CONSULTA

RELACION	CHICOS	CHICAS
Significativa 5%	Comportamiento Escolares Pronunciación	Inhibic.-Emotivid. Masturbación
Tendencial 9%		Resonancia médica
Mayor frecuencia	Desarrollo	Alimentación Sueño Tics Miedos-fobias Suicidio
Igual frecuencia	Control de Esfínteres	

Las variables sexo y motivos de consulta son indudablemente importantes y significativas a la hora de analizar la forma de manifestar los conflictos los chicos y las chicas, o dicho de otra manera, la forma de "enfermar" en función de lo que socialmente está más valorado o reprobado en cada sexo.

A raíz de los resultados de este estudio podemos inferir:

- mayor preocupación por los aspectos sociales y culturales en los chicos, problemas escolares, pronunciación y desarrollo.
- mayor tendencia a los problemas relacionados con el exceso de actuación como son los problemas de comportamiento.

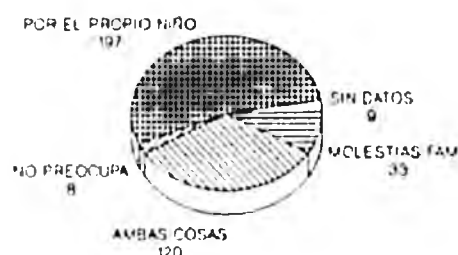
Las chicas, sin embargo, tienen dificultades en la "externalización" de los problemas, de ahí la inhibición y emotividad, así como los problemas con mayor referencia corporal. Quizá la externalización menos intensa de sus dificultades implica para las niñas un diagnóstico menos precoz de los trastornos, incluidos los trastornos graves.

3.1.11. POR QUE ESTAN PREOCUPADOS

En la tabla 15 se presentan las frecuencias de las categorías que fueron establecidas al preguntar a los padres cuál era su preocupación ante el problema del niño.

TABLA 15. POR QUE ESTAN PREOCUPADOS: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Por el propio niño	197	53,8
Por las molestias familia	33	9,1
Por ambas cosas	120	32,7
No preocupa	8	1,9
Sin datos	9	2,5
TOTAL	367	100,0



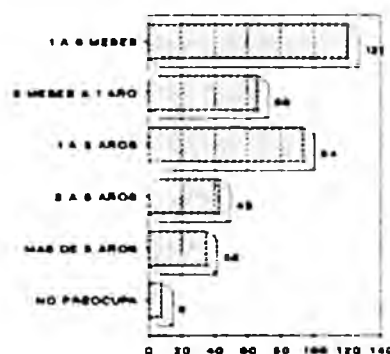
La descripción de los resultados es la siguiente:

La mayor preocupación manifestada por los padres es el propio niño, un 53,8% de los casos, pero los síntomas de los niños indudablemente ocasionan molestias familiares, unos más que otros, y en ocasiones es la mayor preocupación de los padres. Agrupando las categorías "por molestias familiares" y "por ambas cosas" el porcentaje es 41,8%, lo que indica que los problemas que presentan los niños tienen una repercusión importante en la familia y esto a su vez genera mayor preocupación.

3.1.12. DESDE CUANDO LES PREOCUPA

TABLA 16. DESDE CUANDO ESTAN PREOCUPADOS POR EL PROBLEMA: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
1 a 6 meses	121	33,0
6 meses a 1 año	66	18,0
1 a 3 años	94	25,6
3 a 5 años	43	11,6
Más de 5 años	35	9,5
No preocupa	8	2,3
TOTAL	367	100,0



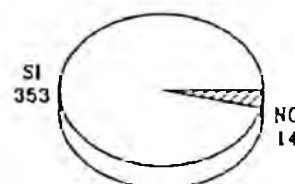
A raíz de estos resultados podemos analizar que:

Los padres están preocupados por los problemas de sus hijos desde hace mucho tiempo. Agrupando las categorías iniciales observamos que a un 51% de padres les preocupa desde hace menos de 1 año. Un 46,7% están preocupados desde hace más de un año por los problemas de su hijo y de éstos un 21,1% desde hace más de 3 años.

3.1.13. CONSULTARON ANTERIORMENTE CON ALGUN PROFESIONAL

TABLA 17. CONSULTARON ANTERIORMENTE: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
SI	353	96,2
NO	14	3,8
TOTAL	367	100,0



Prácticamente el total de los pacientes consultan los problemas con otros profesionales antes de acudir a la UPI, el 96,2% de los casos de nuestro estudio.

Las explicaciones a este evento pueden venir de :

- La adecuación de primeras consultas con otros profesionales antes de acudir a un centro especializado como es la Unidad de Psiquiatría Infantil.

- La necesidad de poner otras soluciones antes de acudir a un servicio de psiquiatría (Servicio de 2º nivel).

- Mejor conocimiento de los problemas que conlleva más inquietud y necesidad de consultar.

- Aumento en Alava de la red asistencial de servicios a la infancia que permite que esas consultas se realicen.

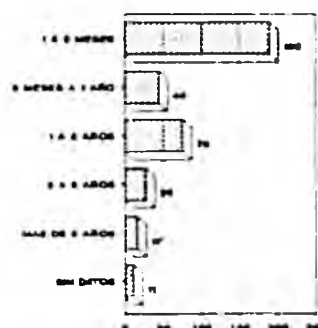
- Satisfacción en el funcionamiento de los servicios asistenciales en Alava que estimula la utilización de los mismos en orden cada vez mayor.

- O varios de ellos conjuntamente.

3.1.14. CUANDO CONSULTARON POR PRIMERA VEZ

TABLA 18. CUANDO CONSULTARON POR PRIMERA VEZ:
FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

CATEGORIA	FRECUENCIAS	PORCENTAJES	
1 a 6 meses	190	51,3	63,7
6 meses a 1 año	45	12,4	
1 a 3 años	76	20,9	20,9
3 a 5 años	28	7,7	12,9
Más de 5 años	17	4,7	
Sin datos	11	3,0	3,0
TOTAL	367	100,0	



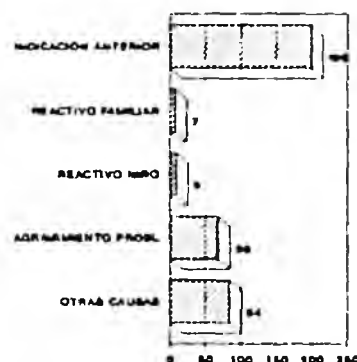
En la tabla 18 se aprecia que el mayor porcentaje corresponde a los padres que consultaron por primera vez entre 1 y 6 meses, el 51,3%, es decir hace relativamente poco tiempo. Hace más de 3 años sólo consultaron un 12,4% de padres.

Cotejando los resultados de la tabla 16 y 18 podemos concluir que aproximadamente la mitad de los padres de nuestro estudio estaban preocupados por el problema desde un período de tiempo que no sobrepasa el año. Del 50% restante, un 21,1% llevaban preocupados por el problema hace más de 3 años. sin embargo sólo un 12,4% consultaron hace más de 3 años, es decir, en el momento en que apareció el problema. Por lo que podemos concluir que, si bien se consulta mucho a los profesionales, se tiende a posponer la consulta ya que en una época relativamente reciente han consultado el 63,7% de los padres.

3.1.15. POR QUE CONSULTAN AHORA EN LA UPI

TABLA 19 . POR QUE CONSULTAN AHORA EN LA UPI:
FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Por indicación anterior	199	54,7
Reactivo familiar	7	1,9
Reactivo niño	9	2,5
Agravación del problema	68	18,6
Otras causas	84	22,3
TOTAL	367	100,0



Ante la variable por qué consultan ahora observamos que la orientación de los profesionales es la primera causa para demandar ayuda psicológica, 54,7% de los casos. Sin embargo algunos padres acuden al Servicio sólo cuando se agrava el problema, 18,6% de los casos de nuestro estudio.

Tendríamos que preguntarnos si esta espera es debida a la orientación dada por los profesionales consultados o bien se debe a las dificultades de demandar ayuda en un servicio de psiquiatría.

La categoría otras causas recoge a los padres que consultan por otros motivos muy específicos o que vienen por propia iniciativa como se observa en las respuestas a la pregunta de "quién envía" que exponemos seguidamente.

3.1.16. QUIEN ENVIA A LA UPI

TABLA 20. QUIEN ENVIA: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Médico	135	36,6
Maestro	56	15,3
Servicios sociales	27	7,4
Psiquiatría de adultos	19	5,2
COP	17	4,6
Psicólogos privados	10	2,7
Por propia iniciativa	75	20,4
TOTAL	367	100,0



A raíz de los resultados se puede analizar que:

El profesional que más envía a la UPI es el médico, 36,6% de los casos.

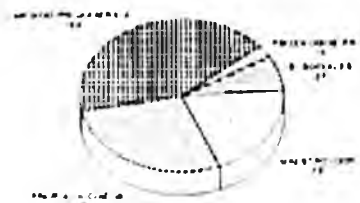
En segundo lugar es la "iniciativa propia" con un 20,4% de casos. Unido este porcentaje al de "familiares y amigos" supone un 28,2% sin la indicación aparente de algún profesional.

Teniendo en cuenta la derivación de los profesionales del estamento escolar y comparándolos con otros estudios observamos cómo tanto el maestro como los profesionales del Centro de Orientación Pedagógica (COP), envían un bajo porcentaje a esta Unidad.

Si agrupamos los datos por estamentos profesionales observamos que los médicos encabezan la lista y suponen el porcentaje más elevado de derivaciones a la Unidad. La iniciativa propia sigue siendo por encima del estamento de los profesionales de la enseñanza la razón por la que han venido a consulta.

TABLA 21. AGRUPACION POR ESTAMENTOS RESPECTO A QUIEN ENVIA. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Médico y psiquiatría de adultos	154	41,8
Propia iniciativa y familiares	103	28,2
Maestro y COP	73	19,9
Servicios Sociales	27	7,4
Psicólogos Privados	10	2,7
TOTAL	367	100,0



A la vista de estos resultados podríamos plantearnos los siguientes interrogantes:

- ¿Los maestros tienen más recursos asistenciales para orientar y derivar y por ello envían menos a la UPI?

- ¿Los médicos están más concienciados que en épocas anteriores sobre la incidencia psicológica de los problemas infantiles y por ello envían más?

- ¿Se ha creado mayor nivel de relación y comunicación entre la UPI y los servicios de salud que entre la UPI y los centros escolares?

3.1.17. QUIEN ENVIA A LA UPI Y EDAD

TABLA 22. AGRUPACION DE ESTAMENTOS Y EDAD :
FRECUENCIA Y PORCENTAJES.

	1-5		6-10		11-15		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico y S. Mental	49	32,0	69	38,6	46	26,4	163	100,0
Propia iniciativa y familiar	20	19,2	50	48,1	34	32,7	104	100,0
Maestro. COP	23	31,5	35	47,9	15	20,6	73	100,0
S. Sociales	6	22,2	10	37,0	11	40,8	27	100,0
Psicol. Privado	4	40,0	3	30,0	3	30,0	10	100,0

A raíz de los resultados podemos analizar que:

La tendencia general de la mayoría de los profesionales es enviar más a la UPI en el intervalo de edad de 6 a 10 años, exceptuando los S. Sociales que predominantemente envían en la pubertad-adolescencia.



Si la lectura de la tabla la hacemos verticalmente por grupos de edad observamos que de 0 a 5 años los psicólogos privados y los médicos son los especialistas que más envían al Servicio.

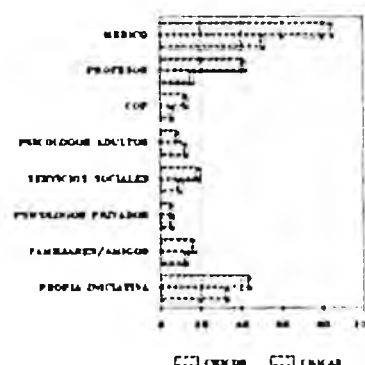
En el intervalo de 6 a 10 años tanto los profesores como el COP actúan derivando a la UPI en mayor proporción. También es preciso señalar que casi el 50% de las peticiones por propia iniciativa se realizan en estas edades.

Finalmente, entre los 11 y 15 años, la propia iniciativa y los Servicios Sociales son los que mas derivan a la UPI. Los profesionales de la enseñanza, a estas edades, son los que en menor proporción envían a esta Unidad.

3.1.18. QUIEN ENVIA A LA UPI Y SEXO

TABLA 23. QUIEN ENVIA Y SEXO:
FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

CATEGORIAS	CHICOS		CHICAS	
	N	%	N	%
Médico	84	37,0	50	36,0
Profesor	41	18,1	15	10,8
COP	12	5,3	5	3,6
Ps. Adultos	8	3,5	12	7,9
Ser. Sociales	18	7,9	9	6,5
Psi. Privado	5	2,2	5	3,6
Fam. Amigos	16	7,0	12	8,6
Prop. iniciat.	43	18,9	32	23,0
TOTAL	227	100,0	140	100,0



A raíz de los resultados de esta tabla podemos inferir que:

De los profesionales que derivan al Servicio, el médico es el que más lo hace para ambos sexos y en un porcentaje casi igual para chicos y chicas.

Los profesionales relacionados con la enseñanza, profesores y COP, envían a los varones más que a las mujeres a la Unidad de Psiquiatría Infantil.

Sin embargo, Psiquiatría de Adultos, con el doble de frecuencia envía a las chicas, 7,9% frente al 3,5% que deriva a los chicos. El aumento de consultas en el sexo femenino a los 15 años y el tipo de motivo de consulta pueden dar razón de estos datos.

Se observa que los Servicios Sociales y los psicólogos con consulta privada, derivan a la UPI con ligeras diferencias según el sexo. Los Servicios Sociales envían más a chicos y psicólogos privados más a las chicas.

El profesional que guarda más similitud según el sexo en cuanto al envío a la UPI es el médico.

A los chicos les envían más:

Profesores

COP

Servicios Sociales

A las chicas les envían más:

Psiquiatría de Adultos

Psicólogos-Privados

Estas diferencias encuentran explicación, al menos parcial, al analizar: motivos de consulta, sexo y profesionales consultados.

3.1.19. CON QUE PROFESIONALES CONSULTARON Y EN QUE ORDEN

TABLA 24. CON QUE PROFESIONALES CONSULTARON Y EN QUE ORDEN: PORCENTAJES

VARIABLE	CONSULTARON	CATEGORIAS	PORCENTAJES
Médico	SI 51,6	Primer lugar	36,0
	NO 48,4	Segundo lugar	12,6
		Tercer lugar	3,0
Profesor	SI 59,5	Primer lugar	46,3
	NO 40,5	Segundo lugar	11,3
		Tercer lugar	1,9
COP	SI 8,8	Primer lugar	0,3
	NO 91,2	Segundo lugar	6,6
		Tercer lugar	1,9
Psi. Adult.	SI 14,0	Primer lugar	6,0
	NO 86,0	Segundo lugar	5,8
		Tercer lugar	2,2
S. Sociales	SI 9,1	Primer lugar	2,5
	NO 90,9	Segundo lugar	3,9
		Tercer lugar	2,7
Psi. Privad.	SI 23,2	Primer lugar	6,1
	NO 76,8	Segundo lugar	12,4
		Tercer lugar	4,7

A raíz de los resultados de esta tabla se puede analizar que:

El profesional más consultado es al profesor. Es lógico que suceda así puesto que es el profesional que más relación habitual y cotidiana tiene con el niño y posiblemente el que más datos tenga a nivel puntual y evolutivo. Es además el centro escolar una institución de fácil acceso para los padres que periódicamente acuden a ella para tratar temas relacionados con sus hijos. La consulta a los mismos resulta natural en el seguimiento evolutivo y escolar.

El segundo profesional al que más se le consulta es al médico. A ambos profesionales se les consulta preferentemente en primer lugar, es decir, los padres acuden inicialmente a ellos ante los problemas de sus hijos.

En orden porcentual siguen los psicólogos con consulta privada y el Insero. Estos profesionales son más frecuentemente consultados en 2º y 3º lugar.

Finalmente constatamos que el COP y los Servicios Sociales son relativamente poco consultados y, como ocurría con los profesionales privados, cuando son consultados lo son más en 2º lugar. Posiblemente se deba a que son servicios más específicos que intervienen en casos más puntuales y en función de determinados motivos de consulta. Además, no son tan accesibles directamente a la población en general, se precisa en ocasiones la derivación de otros profesionales.

Es posible concluir que el profesor y el médico encabezan las consultas y son el primer filtro en la cadena de intervinientes. Otros profesionales psicólogos, Psiquiatría de Adultos, los Servicios Sociales y el COP son eslabones intermediarios que actúan como segundo o tercer filtro en la cadena sucesiva de consultas que los padres hacen.

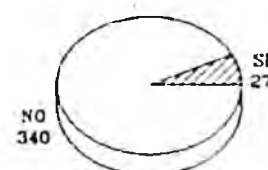
3.1.20. HA SIDO TRATADO ANTES POR ESTE U OTRO MOTIVO

Recordamos que al recoger la muestra para nuestro estudio se excluyeron los reingresos que acudieron durante estos 6 meses al servicio, puesto que interesaba solamente los casos nuevos a fin de no distorsionar el análisis del proceso de consultas previo a solicitar ayuda en la Unidad de Psiquiatría Infantil, luego los niños que han sido tratados anteriormente no lo han sido en la UPI.

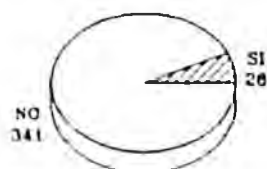
TABLA 25. HA SIDO TRATADO ANTERIORMENTE POR ESTE U OTRO MOTIVO: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

CATEGORIAS	ESTE MISMO MOTIVO		OTRO MOTIVO	
	N	%	N	%
SI	26	7,1	27	7,5
NO	341	92,9	340	92,5
TOTAL	367	100,0	367	100,0

**TRATADO ANTERIORMENTE
POR OTRO MOTIVO**



**TRATADO ANTERIORMENTE
POR EL MISMO MOTIVO**



A raíz de estos resultados podemos inferir que:

El porcentaje de niños que anteriormente ha sido tratado es a nuestro juicio elevado, 14,6% en total.

Indica que la población que recibe y acoge la UPI, presenta una sintomatología compleja, al reincidir por una problemática no resuelta satisfactoriamente y manifestada a través del mismo síntoma o con otros diversos. Se distribuye de forma casi igual entre tratados por el mismo motivo o por otro diferente.

3.1.21. SINTESIS Y CONCLUSIONES DEL ANALISIS DE LA DEMANDA

Las conclusiones del análisis de la demanda en la Unidad de Psiquiatría Infantil de Alava son las siguientes:

- El número de sujetos que solicitan consulta por primera vez entre el 1 de Enero y el 1 de Julio de 1989 fueron 367.

- El perfil familiar de los padres es el siguiente: El 28% son de Alava y los demás de Castilla-León y Extremadura preferentemente. La mayoría 70% tienen Estudios Primarios y un porcentaje bajo (6%) Superiores. El índice de paro (4%) es bajo comparado con el de la población.

Respecto a la situación de convivencia familiar, el 83 % viven los padres unidos, son familias con dos hijos 44% y con un hijo o tres alrededor del 20%. Son escasas las familias numerosas. Se consulta con mayor frecuencia por el hijo mayor o el más pequeño.

- Los motivos de consulta por los que solicitan ayuda son en orden decreciente:

CATEGORIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Comportamiento	118	32,2
Escolares	94	25,6
Inhib.· emotividad	82	22,3
Control de esfínteres	47	12,8
Sueño	40	10,9
Desarrollo	25	6,8
Pronunciación	25	6,8
Resonancia médica	24	6,5
Alimentación	16	4,4
Tics, tartamudez	14	3,8
Suicidio	12	3,3
Miedos, fobias	10	2,7
Masturbación	4	1,1
* Otros	3	0,8

Demandan consulta un 25% más de chicos que de chicas. Como anteriormente hemos señalado en nuestro estudio, se confirma la sobrerrepresentación del sexo masculino (sexo-ratio 1,62). Aspecto señalado en la mayoría de los estudios realizados sobre las demandas en Psiquiatría Infantil. Su comprensión es más compleja. Posiblemente se pueda comprender entre otras razones por una mayor expectativa de logro en los varones en relación con las mujeres.

Las edades que más se consulta son los 5, 7 y 9 años. Entre 6 y 10 situaríamos el intervalo de mayor tasa de incidencia. Coincide con los resultados de otros estudios epidemiológicos. Hemos de recordar que a esta edad comienzan a acumularse los problemas por la no resolución adecuada de la conflictiva de edades precedentes y la escolarización como etapa en la que deben conseguir los aprendizajes más importantes y básicos. Además la escuela se convierte en el lugar idóneo para aflorar otro tipo de conflictos relacionados con la disciplina, el desarrollo y habilidades sociales.

Casi el 90% de los niños de este estudio son nacidos en Alava, pero sólo un niño de cada tres su familia es de origen vasco, los otros dos son hijos de emigrantes.

Respecto a los motivos que refieren los padres al acudir a la UPI muy raramente lo hacen expresando un sintomatología única, siendo solamente los problemas de desarrollo, tics, tartamudez, y masturbación los que acuden prioritariamente por este único problema. La dificultad de tabular los motivos de consulta en un registro estandarizado y con criterios excluyentes, cara a contrastar estudios epidemiológicos en Paidopsiquiatría, no ha sido todavía resuelta.

El sexo y la edad son también variables que inciden en el motivo de consulta y en el tipo y número de intervinientes. Analizando las correlaciones entre las variables edad, sexo y motivos de consulta obtenemos los siguientes resultados:

Son significativamente más frecuentes los problemas de comportamiento, escolares y de pronunciación en chicos y los de inhibición-emotividad y masturbación en chicas. Con mayor frecuencia los chicos presentan problemas

de desarrollo y las chicas motivos de consulta relacionados con síntomas que se expresan a través del cuerpo.

Respecto a la edad los problemas de desarrollo sólo se consultan en la primera infancia y por intentos o amenazas de suicidio casi exclusivamente en la pubertad-adolescencia. Los problemas de control de esfínteres, pronunciación y masturbación son significativamente más frecuentes entre 4 y 8/9 años. Los problemas escolares y los de comportamiento entre 8/9 y la adolescencia incluida.

Los padres tardan en solicitar ayuda. El 50% de los casos están preocupados por el problema desde hace más de un año y de éstos la mitad aproximadamente (25%) hace más de 3 años.

Aducen que el principal motivo de preocupación (50%) es la repercusión del problema en el propio niño, es decir, el sufrimiento psíquico que conlleva. Sin embargo, las molestias familiares que ocasiona, o bien ambas razones conjuntamente, alcanzan frecuencias altas (33%). Es obvio que los problemas infantiles tienen incidencia en la dinámica familiar y viceversa, pero algunos especialmente son los que movilizan a acudir a consulta.

Una media del 15% de sujetos de los que acuden por primera vez a consulta han sido tratados anteriormente en otros servicios. Porcentaje a nuestro juicio elevado al ser indicativo de una patología no resuelta satisfactoriamente y manifestada a través del mismo síntoma o con síntomas diversos.

Estos datos que acabamos de reseñar: preocupación desde hace mucho tiempo, demora en solicitar la primera consulta, y tratamientos anteriores sin resolución definitiva de los problemas, han sido analizados en otros estudios como indicadores que pueden derivar hacia la cronificación del problema en la infancia y adolescencia.

En concreto, se ha demostrado, que si la iniciación de la sintomatología es superior a 6 meses antes de demandar consulta, y si además existen antecedentes asistenciales incompletos a la hora de dar respuestas al tipo de demanda presentada, la tendencia a la cronificación aumenta. Nos atrevemos a

sugerir que la cantidad de intervinientes, alargan la cadena de consultas, en ocasiones confunden a los padres, y puede considerarse otro factor de riesgo para la cronificación del problema. Estos datos obtenidos en nuestro estudio los consideramos de especial relevancia.

En respuesta a los objetivos e hipótesis planteados sobre la consulta previa con los profesionales, es posible señalar las siguientes conclusiones respecto a los demandantes, intervinientes y remitente.

Cuando los padres se deciden a consultar lo hacen en general con más de un profesional, y así se inicia un recorrido de consultas antes de acudir al servicio. De hecho, un 96% de padres han consultado previamente con un profesional.

Los profesionales de la red asistencial intervienen, por tanto, en un 96% de casos, alta tasa de intervención que actúa como primer filtro en la población. Un 72% de estos sujetos son remitidos por estos intervinientes. Es decir, se efectúa un cribaje profesional antes de remitir al servicio.

Finalmente, los demandantes, es decir, los padres que acuden a la UPI por iniciativa propia o indicación familiar, son alrededor del 28%.

El análisis de los filtros o cadenas de consultas previas que recorren los demandantes, ha sido la siguiente:

El médico es el interviniente que mayor número de sujetos envía a esta Unidad 36,6%, 135 sujetos y se recurre a él preferentemente en primer lugar, aunque, en orden de frecuencias es el segundo profesional más consultado seguido del profesor.

El profesor es el profesional más consultado y se recurre a él en primer lugar. Es pues el que asumirá la mayor carga en la orientación de la demanda y lógicamente debería ser el mejor informado para ello, a fin de actuar como filtro adecuado. En nuestra opinión deriva relativamente poco a la Unidad, 15,3%. Este dato es preciso analizarlo en relación a la existencia de los COP.

Ambos profesionales, médico y profesor, pueden ser considerados como los intervinientes mas importantes. Encabezan la lista de consultas el profesor

(60%) seguido del médico (52%). Estos remiten directamente al servicio de forma desigual. El médico con más del doble de frecuencia que el maestro (37% y 15% respectivamente).

Los **Centros de Orientación Pedagógica (COP)** son uno de los recursos de la red pública, preferentemente focalizado en el campo educativo-escolar, al que derivan los profesores de la enseñanza pública. Es decir, los casos que reciben han pasado ya por el filtro del maestro, lo que es preceptivo administrativamente, de aquí las consultas en segundo y tercer lugar.

Consultan a **psiquiatría de adultos** un 14% de los sujetos. Se recurre a ellos con mayor frecuencia en segundo y tercer lugar, 8% frente a 6%. Las consultas por la preocupación de estos niños surgen desde los tratamientos psiquiátricos que estos profesionales realizan a los padres. La derivación de estos profesionales es de 19 sujetos.

A la consulta de los **Servicios Sociales** acude el 9,1% de la población. Es la instancia menos consultada y acuden a ella más en segundo y tercer lugar, 6,6% que en primero, 2,5%. Es de destacar que los Servicios Sociales disponen de un equipo específico de atención a la infancia por lo cual a la Unidad llegan los casos después de haber pasado este filtro.

La población consulta a los **psicólogos privados** preferentemente en segundo lugar. Recordamos que en esta categoría se incluyeron el servicio de estimulación precoz y los psicólogos y pedagogos que trabajan fuera de la red pública. La derivación de estos profesionales a la UPI es pequeña, 10 sujetos.

Estos resultados obligan a considerar la necesidad de entablar un diálogo con los distintos **Servicios Asistenciales de Alava**, a fin de establecer canales de información que permitan actuaciones coordinadas y emprender intervenciones que posibiliten la actuación preventiva, priorizándola sobre la actuación remedial o terapéutica. Es importante que el propio Servicio de Salud Mental Infantil no actúe solamente como receptáculo final de los problemas de la comunidad de forma aislada. El diálogo con los profesionales de la salud y de la enseñanza es prioritario por ser los servicios a los que más se consulta y los que mayor número de sujetos derivan a esta Unidad.

**ANALISIS DE LOS RESULTADOS
DE LOS DATOS CLINICOS**

3.2. ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS DATOS CLINICOS

Se expone a continuación el análisis de las variables en el orden en que se tomaron en el registro de los datos clínicos, a través del cuestionario creado para esta investigación.

3.2.1. EXPLORACION DIAGNOSTICA

De los 367 sujetos de la muestra inicial se ha realizado la exploración diagnóstica a 327 niños y adolescentes.

En 40 sujetos, un 10,7% denominados "sólo citados", no se ha podido realizar el diagnóstico debido a las siguientes causas:

- 1) Porque no acuden a la acogida el 6,5%, 24 sujetos.
- 2) Porque no acuden a la primera consulta el 2,17%, 8 sujetos.
- 3) Abandonan el proceso diagnóstico un 1,08%, 4 sujetos.
- 4) No procede hacer diagnóstico a 4 sujetos. La demanda por la que acuden estos niños no es competencia del Servicio de Psiquiatría Infantil por lo que se les deriva a otro servicio dentro o fuera de la Red Sanitaria.

Esta pérdida inicial puede ser explicable desde dos puntos de vista: existen casos "equivocados" en la búsqueda de soluciones, o petición de ayuda, no siendo la UPI el lugar pertinente; y por otra, existen casos enviados con acierto por otros profesionales pero la familia no está motivada ni resuelta a enfrentar el problema en nuestro servicio por diversas razones.

3.2.2 DIAGNOSTICO

Para la valoración diagnóstica de la presente investigación tal como se ha expuesto anteriormente, se ha utilizado la Clasificación Francesa de los Problemas Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA).

Las razones de su elección han sido varias:

- A) Es una de las pocas clasificaciones realizadas exclusivamente para niños y adolescentes.
- B) Es conocida y aceptada por todo el Equipo de Salud Mental Infantil y la que mejor se ajusta al trabajo clínico que realiza el Equipo en función del marco teórico conceptual del mismo.

Esta clasificación se articula en dos ejes: Eje I: categorías clínicas de base y Eje II: factores asociados o eventualmente etiológicos incluyendo tanto los factores orgánicos como los factores ambientales y condiciones del medio.

El Eje I contempla las 9 categorías clínicas de base siguientes:

1. Psicosis
2. Trastornos neuróticos
3. Patología de la personalidad
4. Trastornos reactivos
5. Deficiencias mentales
6. Trastornos de las funciones instrumentales
7. Trastornos relacionados con el uso de drogas y alcohol.
8. Trastornos de expresión somática y/o comportamental.
9. Variaciones de la normalidad.

El glosario aconseja utilizar para el **diagnóstico principal** las 4 primeras. En caso de que esto no sea posible, se utilizarán las categorías 5 a 8, como diagnóstico principal.

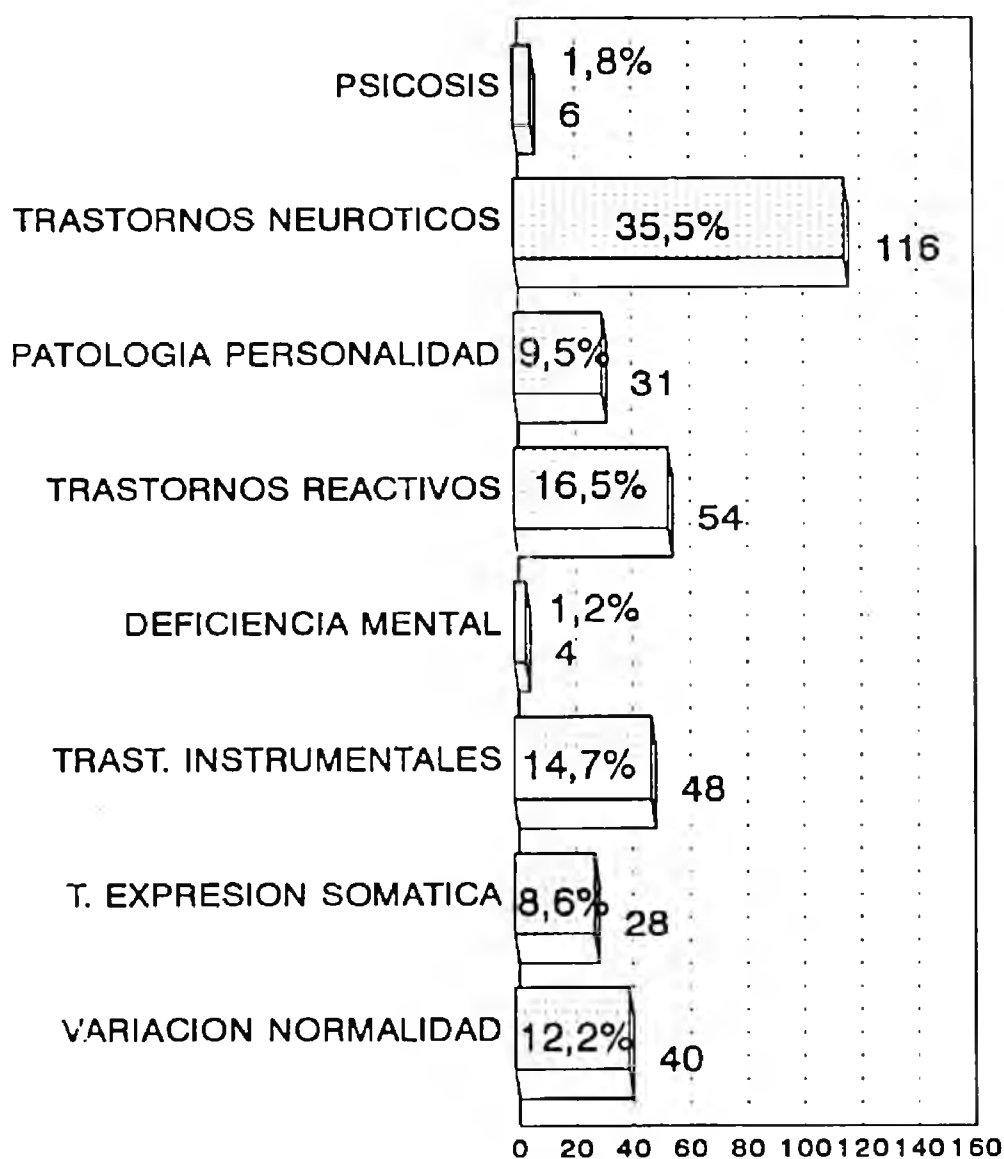
3.2.2.1. DIAGNOSTICO PRINCIPAL

Esta tabla concierne a la distribución de los 327 sujetos sobre los que se realizó el diagnóstico principal.

TABLA 26. DIAGNOSTICO PRINCIPAL: FRECUENCIA Y PORCENTAJE.

Diagnóstico Principal	Frecuencia	Porcentaje
1. Psicosis	6	1,8
2. Trastornos Neuróticos	116	35,5
3. Patología de la Personalidad	31	9,5
4. Trastornos Reactivos	54	16,5
5. Deficiencia Mental	4	1,2
6. Trast. Instrumentales	48	14,7
7. Trast. Drogas/Alcohol	---	---
8. Trast. Somáticos y del Comportamiento	28	8,6
9. Variaciones de la normalidad	40	12,2
T O T A L	327	100,0

DIAGNOSTICO PRINCIPAL



N = 367

De la tabla anterior destacamos:

1) En nuestro estudio un 1,8%, 6 sujetos, han sido diagnosticados de **Psicosis**.

2) La categoría **Trastornos neuróticos** engloba el mayor número de sujetos siendo un 35,5%, 116 niños y adolescentes.

3) En nuestra población, un 9,5%, 31 sujetos, han sido diagnosticados de **Patología de la personalidad**, trastorno clínico importante categorizado entre los límites de la neurosis y la psicosis, siendo en su mayor parte, como se verá más adelante, adolescentes y preadolescentes.

4) Los sujetos con **Trastornos reactivos** son un 16,5%. Este alto porcentaje puede encontrar su justificación en el hecho de abordar una población elevada en edades tempranas cuyo psiquismo se halla en constante evolución y maduración.

5) El bajo porcentaje de las **Deficiencias Mentales** y los **Trastornos por drogas y alcohol** en nuestro estudio se debe a la existencia de Centros Específicos de Diagnóstico y Tratamiento en nuestra provincia (Alava), cuya derivación y envío se canalizan hacia ellos y no hacia nuestra Unidad.

6) Los **Trastornos instrumentales** y los **Trastornos somáticos y del comportamiento** suponen el 23,3% de los sujetos. Se han utilizado estas categorías clínicas como diagnóstico principal porque los trastornos que presentan los sujetos responden prioritariamente a esta problemática, no existiendo la posibilidad de encuadrarlos como el glosario aconseja en las Categorías 1, 2, 3 y 4.

7) Un 12% de sujetos presentan sintomatologías que puede considerarse adecuadas dentro de la edad y que el glosario denomina **Variaciones de la normalidad**.

ANALISIS DE LAS CATEGORIAS CLINICAS DE BASE EN EL DIAGNOSTICO PRINCIPAL

En cada una de las siguientes categorías clínicas solamente se expresan las subcategorías en las que se han registrado casos clínicos.

Psicosis

**TABLA 27. SUBCATEGORIAS CLINICAS DE LA PSICOSIS:
FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.**

Psicosis	Frecuencia	Porcentajes
1.00 Autismo Infantil	1	0,3
1.03 Disarmonías Psicóticas	4	1,2
1.06 Psicosis Distólicas	1	0,3
TOTAL	6	1,8

El mayor porcentaje, 1,2%, 4 sujetos, están diagnosticados de Disarmonías Psicóticas (psicosis de tipo simbiótico, disarmonías evolutivas de estructura psicótica, trastornos esquizoides, etc...). Estas son las formas más benignas de expresión patológica de la psicosis, ya que las capacidades de adaptación y de control aseguran a menudo cierta protección contra los riesgos de desorganización, tal como esta clasificación diagnóstica lo señala.

Neurosis

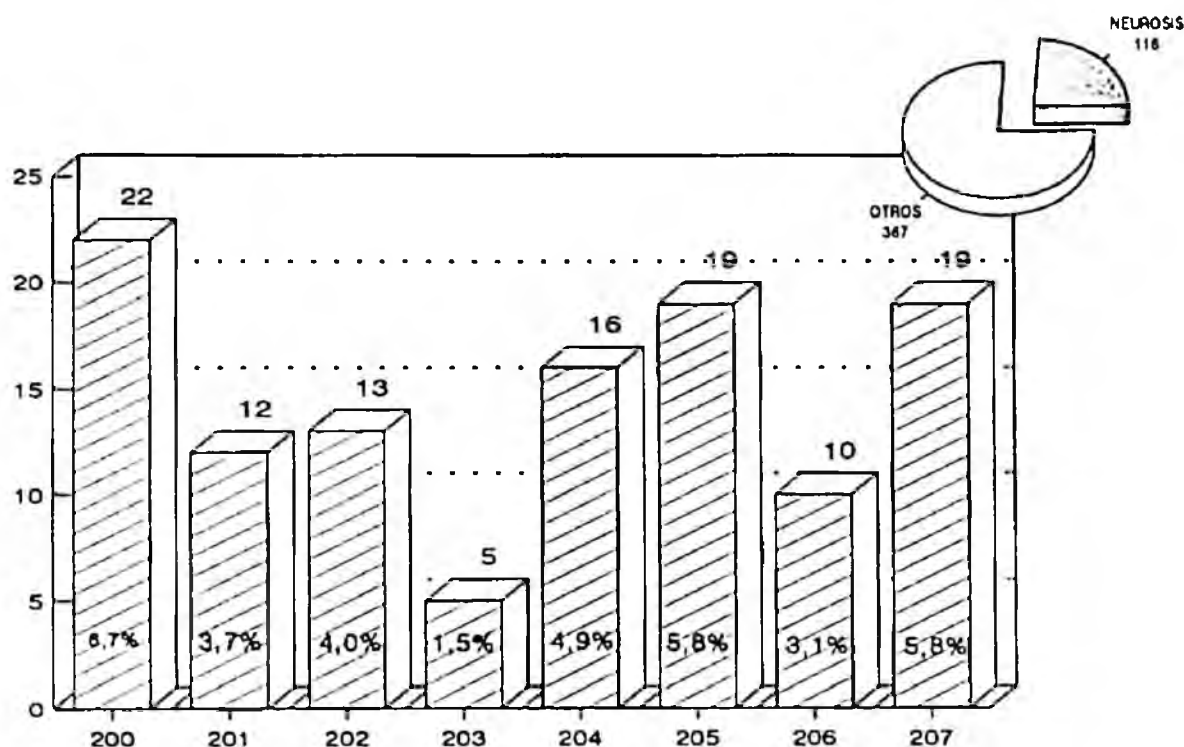
Las subcategorías que se incluyen en este apartado son las siguientes:

**TABLA 28. SUBCATEGORÍAS CLÍNICAS DE LA NEUROSIS:
FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.**

Neurosis	Frecuencia	Porcentaje
2.00 Trastornos neuróticos evolutivos de predominio ansioso	22	6,7
2.01 Trastornos neuróticos evolutivos de predominio histérico	12	3,7
2.02 Trastornos neuróticos evolutivos de predominio fóbico	13	4,0
2.03 Trastornos neuróticos evolutivos de predominio obsesivo	5	1,5
2.04 Trastornos neuróticos evolutivos con predominancia de las inhibiciones	16	4,9
2.05 Depresión Neurótica	19	5,8
2.06 Patologías neuróticas de la personalidad	10	3,1
2.07 Trastornos neuróticos con perturbaciones predominantes de las funciones instrumentales	19	5,8
TOTAL	116	35,5

TRASTORNOS NEUROTICOS

185



CODIGOS

- 200. ALTERACIONES NEUROTICAS EVOLUTIVAS DE PREDOMINIO ANSIOSO.
- 201. ALTERACIONES NEUROTICAS EVOLUTIVAS DE PREDOMINIO HISTERICO.
- 202. ALTERACIONES NEUROTICAS EVOLUTIVAS DE PREDOMINIO FOBICO.
- 203. ALTERACIONES NEUROTICAS EVOLUTIVAS DE PREDOMINIO OBSESIVO.
- 204. ALTERACIONES NEUROTICAS EVOLUTIVAS DE PREDOMINIO DE LAS INHIBICIONES.
- 205. DEPRESION NEUROTICA.
- 206. CARACTER NEUROTICO, PATOLOGIA NEUROTICA DE LA PERSONALIDAD.
- 207. TRASTORNO NEUROTICO CON PERTURBACION PREDOMINANTE EN LAS FUNCIONES INSTRUMENTALES

Un tercio de la población presenta una patología de tipo neurótico. La ansiedad presenta el valor más alto seguido por dos trastornos bastante comunes también en la infancia: la depresión y las perturbaciones instrumentales. En concreto, un estado de ánimo "bajo", el "nerviosismo" y los "dificultades escolares" suelen ser referentes verbales de los padres para consultar por una patología que va más allá del síntoma y que aquí se define como neurótica.

Los trastornos de las funciones instrumentales enmascaran conflictos neuróticos, ocasionando la restricción de las capacidades y potencialidades de estos sujetos. El sufrimiento psíquico que esto conlleva encubre en muchas ocasiones el conflicto real evitando las manifestaciones directas de las dificultades afectivas de fondo.

Hemos categorizado como trastornos de la inhibición cuando es éste el síntoma que predomina en el cuadro neurótico. Casi un 5% de sujetos responden a esta categoría de niños inhibidos.

Estos datos están en la línea de otros estudios, que analizan cómo la patología neurótica del niño es diferente a la del adulto ya que en este último los diagnósticos que presentan con mayor frecuencia son: neurosis obsesiva, neurosis histérica y neurosis fóbica, siendo estas las subcategorías menos frecuentes en la infancia.

Patologías de la Personalidad

En esta categoría se incluyen las patologías que se sitúan fuera de los límites de la neurosis y de la psicosis, no llegando a una pérdida de las guías esenciales ni a la ruptura con lo real que es lo que marca el límite.

Como era esperable en la población infanto-juvenil las tres primeras subcategorías, agrupan a todos los sujetos que manifiestan estos trastornos clínicos.

TABLA 29. SUBCATEGORIAS CLINICAS DE LAS PATOLOGIAS DE LA PERSONALIDAD: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

Patologías de la Personalidad	Frecuencia	Porcentaje
3.00 Trastornos de la Personalidad y/o del comportamiento inscritos en una disarmonía evolutiva.	11	3,4
3.01 Patología narcisística y/o anaclítica, depresiones crónicas, abandonismo.	10	3,1
3.02 Organizaciones de tipo caracterial o psicopático.	10	3,1
T O T A L	31	9,6

Trastornos reactivos

Se han adscrito a esta categoría los trastornos o perturbaciones de aparición reciente, explicables por acontecimientos del entorno del niño o del adolescente, y que constituyen el factor desencadenante.

El porcentaje global del 16,5% (54 niños) se distribuye de la siguiente forma:

**TABLA 30. SUBCATEGORIAS DE LOS TRASTORNOS REACTIVOS:
FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.**

Trastornos Reactivos	Frecuencia	Porcentaje
4.00 Depresión Reactiva	17	5,2
4.01 Manifestaciones reactivas diversas	37	11,3
T O T A L	54	16,5

En los trastornos reactivos las manifestaciones sintomáticas pueden ser de índole diversa, pero han de tener en común ser temporales, circunstanciales, y de remisión rápida tras la intervención terapéutica. Supone un trastorno por tanto, de carácter leve.

En la práctica clínica se habla de Trastornos reactivos cuando no hay organización patológica estructurada, pero los trastornos constatados van más allá de la simple Variación de la Norma.

Un estudio pormenorizado de los casos aquí incluidos permite concluir que las situaciones reactivas más frecuentes que han provocado estos trastornos han sido:

- Situaciones de separación conyugal actuales o recientes.
- Problemas psicológicos actuales en el medio familiar.
- Nacimiento de un hermano
- Ingresos hospitalarios del sujeto o de los padres.
- Cambio de colegio.
- Muerte reciente del padre/madre o abuelos.
- Inicio de preescolar.

Un trastorno reactivo implica a menudo, en la práctica clínica, un esquema explicativo entre el origen, habitualmente externo, y la reacción constatada, a la par que una evolución pronostica favorable. Ante estos trastornos debemos intentar comprender no sólo la naturaleza de las relaciones, sino también el grado de interiorización y de asimilación del modo relacional y su función en el estadio madurativo donde se encuentra el niño.

Sería lógico pensar que esta categoría está formada por dos grupos de pacientes: niños menores de 5 años dada su especial vulnerabilidad y otro grupo de consultantes cuyos padres acuden rápidamente preocupados y sorprendidos por los cambios bruscos en el comportamiento.

Deficiencias Mentales

Hemos asignado esta categoría clínica de base como categoría principal, a los sujetos en los que el déficit mental constituye el elemento principal del problema.

Los criterios diagnósticos utilizados son los mismos que los de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) y el DSM III-R.

La modalidad que añade esta clasificación es la de subdividir y poder clasificar atendiendo, no sólo a criterios cuantitativos del grado de la deficiencia intelectual por el CI, sino también, atendiendo a criterios cualitativos respecto al modo de funcionamiento predominante: armónico, disarmónico y/o deficiencias senso-motrices.

TABLA 31. SUBCATEGORIAS DE LAS DEFICIENCIAS MENTALES: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

Deficiencias Mentales	Frecuencia	Porcentaje
5.05 Deficiencias armónicas	2	0,6
5.06 Deficiencia disarmónica	1	0,3
5.07 Deficiencia sensorial y/o motórica	1	0,3
T O T A L	4	1,2

El porcentaje de sujetos cuya categoría principal es la Deficiencia Mental es bajo. Existen servicios educativos específicos en Alava, tales como los Centros de Educación Especial, los COP y las Aulas de Apoyo, que asumen esta función. Estos servicios descargan a Psiquiatría Infantil del trabajo asistencial con estos pacientes y explica el bajo número de niños que presentan este diagnóstico en nuestra Unidad.

En los Servicios Sanitarios de Alava, los pediatras que diagnostican un cuadro orgánico que conlleva retraso madurativo (malformaciones, enfermedades metabólicas, etc...) remiten a sus pacientes a la Unidad de Estimulación Precoz, donde siguen un programa específico de 0 a 3 años, para pasar posteriormente a los COP (Centros de Orientación Pedagógica) que se encargan del diseño del ACI (Adecuación Curricular Individual) y del seguimiento del niño en el centro escolar adecuado, generalmente en un colegio normal, dentro de los programas de integración.

Trastornos de las funciones instrumentales

Los sujetos que se incluyen en este apartado se distribuyen de la siguiente manera:

TABLA 32. SUBCATEGORIAS DE LOS TRASTORNOS DE LAS FUNCIONES INSTRUMENTALES: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

Trastornos de las Funciones Instrumentales	Frecuencia	Porcentaje
6.00 Retardo Simple del lenguaje	9	2,8
6.01 Trastornos aislados de la articulación	8	2,4
6.02 Trastorno complejo del lenguaje oral	3	0,9
6.03 Trastornos lexicográficos	7	2,1
6.05 Trastornos del razonamiento	7	2,1
6.06 Tartamudez	3	0,9
6.08 Hiperquinesia, inestabilidad psicomotora	6	1,8
	3	0,9
6.11 Otros trastornos psicomotores	2	0,3
6.12 Tics aislados		
T O T A L	48	14,7

Las subcategorías de los Trastornos Instrumentales podrían subdividirse en 2 grupos: las propiamente relacionadas con problemas en el lenguaje, ya sea oral o lecto-escritura, y los problemas que tienen vinculación con la psicomotricidad. Entre los primeros, que son un 50% aproximadamente, los más frecuentes son los retardos en el lenguaje y los problemas de articulación, seguidos por los propiamente escolares, es decir, los de lecto-escritura. Un tercio de los sujetos, 14 niños, han sido diagnosticados con trastornos psicomotores debido, fundamentalmente, a la inestabilidad motórica e hiperkinesia.

Trastornos relacionados con el uso de Drogas y Alcohol

No existe ningún sujeto cuyo diagnóstico principal se incluya en esta categoría clínica de base.

Al igual que ocurre para la deficiencia mental, en el Territorio Histórico de Alava existen servicios específicos de atención a pacientes con problemas de toxicomanías, que asumen la problemática que aquí se contempla. Ello explica la inexistencia de sujetos en esta rúbrica.

Este trastorno, junto con la deficiencia mental, de aquí en adelante será obviado en las explicaciones de la investigación.

Trastornos de Expresión Somática y/o Comportamental

Se clasifican aquí, como categoría principal, solamente los trastornos de expresión somática y/o comportamental que no han podido ser inscritos en una patología prioritaria dentro de las categorías de la 1 a la 5.

Las subcategorías que se han requerido para el diagnóstico en este apartado son las siguientes:

TABLA 33. SUBCATEGORIAS DE LOS TRASTORNOS DE EXPRESION SOMATICA Y/O COMPORTAMENTAL: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

Trastornos Expresión Somática y/o Comportamental	Frecuencia	Porcentaje
8.01 Trastornos Psicofuncionales	5	1,5
8.05 Otros Trastornos de la conducta alimenticia	3	0,9
8.06 Enuresis	12	3,7
8.08 Trastornos del sueño	4	1,2
8.10 Trastornos aislados del comportamiento	4	1,2
T O T A L	28	8,6

De los resultados obtenidos observamos como un 7,4% de los sujetos utilizan el cuerpo como forma de expresión de sus conflictos frente a un 1,2% que lo hace a través de su comportamiento.

Los problemas de comportamiento aquí incluidos hacen referencia a trastornos comportamentales aislados (robo, fugas, oposicionismo intenso,...)

que inquietan y movilizan al entorno a acudir a consulta, pero sin presentar otra estructura psicopatológica.

En relación a la expresión somática, como veremos a continuación en el diagnóstico secundario, hay un alto porcentaje de sujetos que, asociados a otros trastornos, presentan síntomas de esta índole, utilizando el cuerpo como forma de canalizar los conflictos.

Variaciones de la Normalidad

Esta categoría engloba los síntomas o conductas que pueden corresponder a momentos específicos del desarrollo, sin que su intensidad o el malestar que aportan eventualmente les dé un valor patológico.

Las subcategorías que se incluyen en este apartado son las siguientes:

TABLA 34. SUBCATEGORIAS DE VARIACIONES DE LA NORMA: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

Variaciones de la Normalidad	Frecuencia	Porcentaje
9.00 Angustias, rituales, miedos	6	1,8
9.01 Momentos depresivos	6	1,8
9.02 Conductas de oposición	7	2,1
9.03 Conductas de aislamiento	5	1,5
9.04 Dificultades escolares no clasificadas en otros apartados	4	1,2
9.05 Retardos o regresiones transitorios	7	2,1
9.08 Otras	5	1,5
T O T A L	40	12,0

Las conductas que responden a estas subcategorías son frecuentes en la infancia. La consulta de los padres al Servicio de Psiquiatría Infantil obliga a los clínicos a discriminar entre normalidad y patología, o bien a valorar el grado de desviación de las conductas más o menos esperables en determinados procesos evolutivos.

Las conductas regresivas y las de oposicionismo, son las respuestas más comunes ante las situaciones conflictivas que habitualmente enfrentan los niños y reflejan los dos extremos de la desviación de la normalidad.

Los resultados de esta categoría diagnóstica, 12%, nos tendrían que obligar a reflexionar sobre la continua necesidad de establecer filtros adecuados que discriminen aquellos casos considerados normales en el proceso evolutivo del niño pero que en determinadas circunstancias presentan algún síntoma sin alterar esta normalidad.

3.2.2.2. DIAGNOSTICO COMPLEMENTARIO

ANALISIS DE LAS CATEGORIAS CLINICAS DE BASE EN EL DIAGNOSTICO COMPLEMENTARIO

La posibilidad que brinda esta Clasificación de los Problemas Mentales del Niño y del Adolescente es la de completar el diagnóstico de base con un diagnóstico secundario que especifique la sintomatología concurrente.

De los 327 casos diagnosticados, 209, es decir, el 63,9% ha requerido para la mejor comprensión del caso la realización de un diagnóstico secundario.

Como se observa en la Tabla 35, la distribución de los sujetos es la siguiente:

TABLA 35. DIAGNOSTICO COMPLEMENTARIO: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

Diagnóstico Complementario	Frecuencia	Porcentaje
1. Psicosis	---	----
2. Trastornos Neuróticos	---	----
3. Trastornos Personales	---	----
4. Trastornos Reactivos	---	----
5. Deficiencia Mental	---	----
6. Trast. Instrumentales	76	23,2
7. Trast. Drogas/Alcohol	1	0,3
8. Trast. Somáticos y del Comportamiento	132	40,3
9. Variaciones de la norma	---	----
T O T A L	209	63,6

Por razones anteriormente explicadas, no acuden al Servicio sujetos con problemas de adicciones. De las 2 categorías clínicas restantes, trastornos instrumentales y trastornos somáticos, éstas últimas doblan el porcentaje a las anteriores. Un tercio de los sujetos de la muestra, 132 sujetos, "sintomatizan" sus problemas a través del cuerpo o comportamiento.

Trastornos Instrumentales

TABLA 36. SUBCATEGORIAS DE LOS TRASTORNOS INSTRUMENTALES. DIAGNOSTICO COMPLEMENTARIO: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

Trastornos Instrumentales	Frecuencia	Porcentaje
6.00 Retraso del lenguaje	5	1,5
6.01 Articulación	6	1,8
6.02 Lenguaje Oral	7	2,1
6.03 Trastornos Lexicográficos	9	2,8
6.05 Razonamiento	9	2,8
6.06 Tartamudez	4	1,2
6.07 Mutismo selectivo	4	1,2
6.08 Hiperkinesia	9	2,8
6.12 Tics	3	0,9
6.14 Motricidad-Lenguaje	9	2,8
6.15 Otros: "Fracaso Escolar"	11	3,4
T O T A L	76	23,3

De las subcategorías clínicas que incluye esta Categoría Clínica se pueden hacer 3 apartados:

Trastornos relacionados con la expresión	31	9,5%
Trastornos psicomotores	25	7,6%
Fracaso Escolar Global	20	6,2%

La primera agrupa el mayor porcentaje de sujetos en sus diversas áreas (articulación, retrasos del lenguaje, lexicográficos,...). Los trastornos psicomotores se concretizan fundamentalmente en hipercinesia y en menor grado en los tics.

Parecido porcentaje ocurría al utilizar esta categoría clínica como diagnóstico principal, de lo que se deduce que, entre niños y adolescentes, los problemas psicomotores son de menor frecuencia que los problemas de lenguaje y/o escolares.

Trastornos ligados al uso de drogas y alcohol**TABLA 37. SUBCATEGORIAS DE LOS TRASTORNOS LIGADOS AL USO DE DROGAS Y ALCOHOL: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.**

Trastornos drogas y alcohol	Frecuencia	Porcentaje
704 - Cannabis	1	0,3
T O T A L	1	0,3

Se ha utilizado solamente en un caso este diagnóstico complementario. Se trata de un chico adolescente cuyo diagnóstico desde el punto de vista psicopatológico, ha sido incluido en la categoría clínica, Patología de la personalidad (302 organización de tipo psicopático).

Trastornos de Expresión Somática y/o Comportamental

Esta categoría diagnóstica es la que mayor frecuencia ha acumulado para complementar el diagnóstico principal.

TABLA 38. SUBCATEGORIAS DE LOS TRASTORNOS DE EXPRESION SOMATICA Y/O COMPORTAMENTAL. DIAGNOSTICO COMPLEMENTARIO: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

Trast. Expres. Somát. y/o Comprt.	Frecuencia	Porcentaje
8.00 Enfermedades psicosomáticas	5	1,5
8.01 Trastornos psicofuncionales	14	4,4
8.02 Anorexia Mental	2	0,6
8.04 Bulimia	2	0,6
8.05 Otros trastornos de la conducta alimentaria	13	4,0
8.06 Enuresis	14	4,3
8.07 Encopresis	7	2,1
8.08 Trastornos del sueño	28	8,6
8.09 Intento de suicidio	7	2,1
8.10 Trastornos del comportamiento	32	9,8
8.12 Otros	8	2,4
T O T A L	132	40,4

Estas subcategorías engloban dos modos de expresar los conflictos, la vía corporal y otra la comportamental.

Al analizar los resultados observamos que la vía corporal, es el lugar privilegiado para expresar los conflictos o dificultades (85 niños).

De las alteraciones somáticas aparecidas en este apartado en orden a sus frecuencias, se pueden destacar principalmente: los trastornos del sueño (miedos, pesadillas y terrores nocturnos) en un 8,6%, 28 sujetos; los trastornos del control de los esfínteres (enuresis y encopresis) en el 6,4%, 21 sujetos; los trastornos de la alimentación en un 5,2%, 17 sujetos; los problemas de resonancia médica, es decir, los trastornos psicofuncionales en un 4,3%, 14 sujetos.

De la lectura de los datos, podemos destacar el alto porcentaje de trastornos del sueño en los niños. De los 40 sujetos que acudieron demandando ayuda a nuestra Unidad por este motivo, observamos como en 28 niños ha sido importante reseñarlo, como complemento de su psicopatología, por su intensidad y gravedad.

Por otro lado, a la subcategoría de alteraciones del comportamiento, expresión de conflictos a través de la actuación, corresponde el 9,8%, 32 niños.

Merecen una atención especial en este diagnóstico complementario, por su gravedad e importancia, los 7 sujetos con intentos de suicidio.

FACTORES IMPLICADOS EN EL DESARROLLO

La estructura biaxial de esta clasificación, permite retener en el Eje II dos rubricas diferentes: los factores orgánicos y los factores y condiciones del medio implicados en el desarrollo.

3.2.2.3. FACTORES ORGANICOS

En la muestra que estamos analizando, un 75% de sujetos no presentan factores orgánicos asociados a su sintomatología, mientras que en un 25% de casos, si existen dichos factores. Estos se encuentran adscritos bajo las siguientes categorías:

TABLA 39. FACTORES ORGANICOS: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

	Frecuencia	Porcentaje
10 - No orgánicos	244	74,6
11 - Factores prenatales de origen materno	5	1,5
12 - Perinatales	7	2,2
13 - Postnatales	1	0,3
15 - Enfermedades y afecciones de largo curso	22	6,7
16 - Epilepsia	7	2,1
17 - Enfermedades en la infancia. Antecedentes de enfermedad somática	34	10,4
18 - Otras	3	0,9
19 - Sin datos	4	1,3
T O T A L	327	100,0

Las categorías anteriores han sido englobadas por los siguientes factores:

11. Factores prenatales de origen materno.....	(5) = 1,5%
110. Enfermedad infecciosa materna	1 sujeto
111. Enfermedad tóxica materna (alcohol y drogas)	2 sujetos
112. Enfermedad maternal	1 sujeto
113. Otros	1 sujeto
12. Factores perinatales.....	(7) = 2,1%
120. Prematuridad	6 sujetos
121. Sufrimiento cerebral perinatal	1 sujeto
13. Postnatales.....	(1) = 0,3%
131. Daño cerebral postnatal de origen infeccioso (encefalitis)	1 sujeto
15. Enfermedades y afecciones somáticas de largo curso.....	(22) = 6,7%
150. Déficits auditivos y/o visuales	11 sujetos
153. Daños musculares (miopatías)	2 sujetos
154. Malformaciones congénitas	1 sujeto
158. Enfermedades somáticas de largo curso (diabetes, afección renal, metabólica o endocrina)	8 sujetos
16. Convulsiones y epilepsia.....	(7) = 2,1%
162. Epilepsias sintomáticas	2 sujetos
163. Manifestaciones convulsivas no epilépticas	5 sujetos
17. Antecedentes de enfermedades somáticas.....	(34) = 10,4%
18. Otras.....	(3) = 0,9%
19. Sin datos.....	(4) = 1,2%

La subcategoría más frecuente ha sido, las enfermedades somáticas en la infancia de forma repetida y prolongada, precisando continuos recorridos médicos, 34 niños. Siguen en frecuencia las enfermedades y afecciones de largo curso con 22 sujetos, de los cuales 11 presentan déficits auditivos y/o visuales y 8 tienen un diagnóstico médico de patología renal, diabética o endocrinológica.

3.2.2.4. FACTORES Y CONDICIONES DEL MEDIO

En el 52% de los sujetos, existen factores o condiciones ambientales, que añaden información para la comprensión de las manifestaciones psicopatológicas del niño.

ANALISIS DE LOS FACTORES Y CONDICIONES DEL MEDIO

La clasificación francesa (CFTMEA) aconseja que los factores y condiciones del medio se codifiquen, con más de una rúbrica, siempre que sea necesario. En nuestro caso lo hemos hecho en un 52% de los casos, y los hemos denominado factores y condiciones del medio principales y secundarios. La tabla que viene a continuación muestra los resultados obtenidos.

TABLA 40. FACTORES Y CONDICIONES DEL MEDIO: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

Factores y Condiciones del Medio	Frecuencia	Porcentaje
Sin factores	157	48,0
Con factores	170	52,0
T O T A L	327	100,0

De los 170 sujetos que presentan factores y condiciones del medio en el diagnóstico principal, destacan por su alta frecuencia los problemas mentales o perturbaciones psicológicas en la familia, seguido de un contexto socio-familiar particular, que en la mayoría de los casos, responde a familias separadas o divorciadas. A nuestro juicio, mayor consideración merecen la ruptura de lazos afectivos y los malos tratos, puesto que las secuelas en la patología son más graves y comportan peor pronóstico. De los 11 sujetos que presentan carencias afectivas y culturales, sabemos que 7 responden a carencias socioeducativas, mientras que 4 de estos sujetos han sufrido carencias afectivas precoces.

FACTORES Y CONDICIONES DEL MEDIO

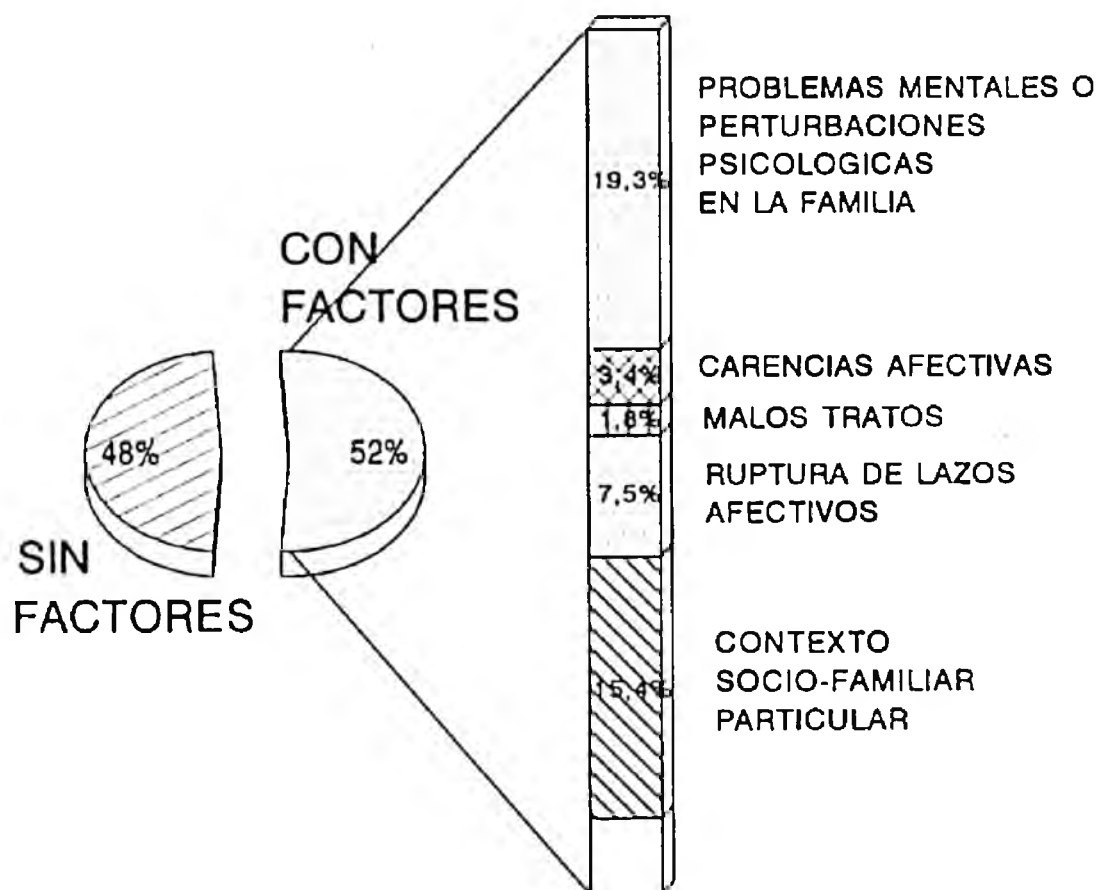


TABLA 41. SUBCATEGORIAS DE LOS FACTORES Y CONDICIONES DEL MEDIO. PRINCIPALES Y SECUNDARIAS: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

	D. Princip.	D. Secund.	GLOBAL
<u>21. Probl. mentales o perturb. psicol. en la familia.</u>	<u>(63) 19'3</u>	<u>(24) 7'3</u>	<u>(87) 26'6</u>
211. Dep. materna	(2) 0'6	.....	
213. Discont. primer año.	(1) 0'3	(2) 0'6	
215. P. mentales padres.	(18) 5'5	(3) 0'9	
216. P. mentales familiares.	(5) 1'5	.....	
217. Alcoh./Toxic.	(8) 2'4	(9) 2'8	
218. P. psicol. actuales en la familia.	(28) 8'6	(9) 2'8	
219. Otros.	(1) 0'3	(1) 0'3	
<u>22. Carencias afectiv. sociales y cult.</u>	<u>(11) 3'4</u>	<u>(7) 2'1</u>	<u>(18) 5'5</u>
220. C. precoces	(4) 1'2	(2) 0'6	
221. C. ulteriores	-- --	(3) 0'9	
222. C. socio-edu.	(7) 2'1	(2) 0'6	
<u>23. Malos tratos y neglig. graves.</u>	<u>(6) 1'8</u>	<u>.....</u>	<u>(6) 1'8</u>
230. Viol. físicas	(2) 0'6		
231. Neglig. grav.	(1) 0'3		
232. Abuso sexual	(3) 0'9		
<u>24. Ruptura de los lazos afectivos.</u>	<u>(24) 7'5</u>	<u>(6) 1'8</u>	<u>(30) 9'3</u>
240. Hospitalismo	(7) 2'1	(2) 0'6	
241. Ruptura int. cuidados.	(5) 1'5	(2) 0'6	
242. Hospitalizac.	(1) 0'3	.....	
243. Muerte padres	(6) 1'8	.....	
244. Muerte abuel.	(1) 0'3	.....	
246. Aband. Pareo.	(1) 0'3	(2) 0'6	
247. Otros.	(3) 0'9	.....	
<u>25. Contexto socio-famil. particular</u>	<u>(51) 15'4</u>	<u>(24) 7'3</u>	<u>(75) 23'7</u>
250. Gemelos	(4) 1'2	.....	
252. Adopción.	(2) 0'6	(1) 0'3	
253. Divor./Separ.	(25) 7'6	(11) 3'4	
254. Niño al cuid. de los abuel.	(2) 0'6	(2) 0'6	
255. Fam. Monopar.	(5) 1'5	(2) 0'6	
256. Fam. Emigran.	(2) 0'6	(2) 0'6	
257. Enf. grave padres.	(4) 1'2	(3) 0'9	
258. Medio muy desfavorable.	(5) 1'5	(3) 0'9	
259. Otros.	(2) 0'6	.....	
<u>28. Otras.</u>	<u>(2) 0'6</u>	<u>(1) 0'3</u>	<u>(3) 0'9</u>
<u>29. No hay informac.</u>	<u>(13) 4'0</u>	<u>.....</u>	<u>(13) 4'0</u>
TOTAL	(170) 52%	(62) 18'8%	

Hay 62 niños reseñados con dos ejes principal y secundario. La existencia, en estos niños, con múltiples condiciones que están o han repercutido negativamente en su devenir psíquico, les confiere mayor vulnerabilidad o predisposición de riesgo.

De nuevo, en el diagnóstico secundario, se confirma que los factores o condiciones del medio más frecuentes, se inscriben en el contexto socio-familiar particular, o bien hacen relación a los problemas mentales o perturbaciones psicológicas de la familia.

Factores y Condiciones del Medio más utilizados

Las subcategorías principales más frecuentemente utilizadas han sido las siguientes:

218. Problemas psicológicos en el medio familiar	(28) = 8,6%
253. Separación y/o divorcio	(25) = 7,6%
215. Problemas mentales de los padres	(18) = 5,5%
217. Alcoholismo/toxicomanía	(8) = 2,4%
240. Hospitalismo	(7) = 2,1%
222. Carencias Socio-Educativas	(7) = 2,1%
243. Muerte padres	(6) = 1,8%

3.2.3. ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DE LOS PADRES

Estos datos se recogen de las historias clínicas, surgiendo con mayor frecuencia durante las entrevistas diagnósticas o en el proceso de tratamiento. Su verbalización en la entrevista de acogida resulta infrecuente a excepción de los casos de derivación por algún clínico. Conocemos la limitación de esta información y sabemos que los datos pueden estar sesgados. Sin embargo, dada la importancia de este dato clínico y siendo conscientes de la repercusión de la misma en la población infantil, se exponen a continuación los datos que ha sido recogidos.

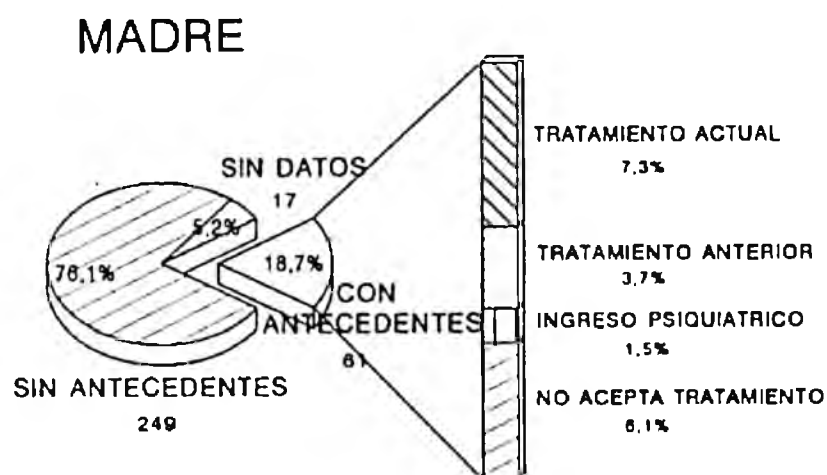
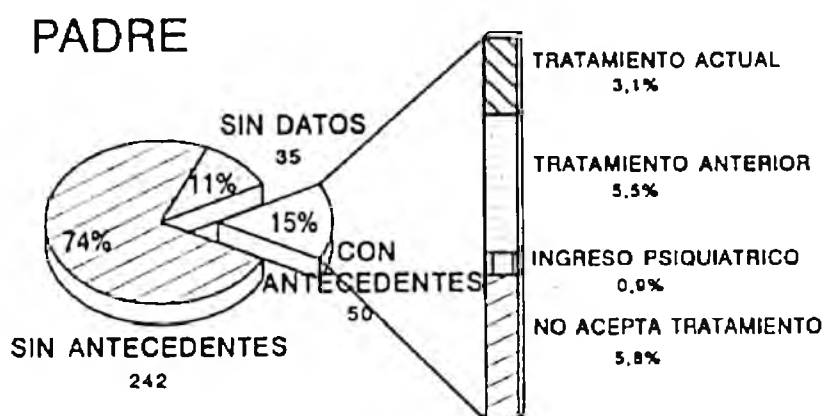
TABLA 42. ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DEL PADRE Y DE LA MADRE: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

	Frecuencia Padre	Porcentaje Padre	Frecuencia Madre	Porcentaje Padre
Sin antecedentes	242	74,0	249	76,1
Tratamiento actual	10	3,1	24	7,3
Tratamiento anterior	18	5,5	12	3,7
Ingreso Psiquiátrico	3	0,9	6	1,8
Indicación, pero no acepta.	19	5,8	20	6,1
Sin datos	36	10,7	17	5,2
TOTAL	327	100,0	327	100,0

De esta tabla, referente a los antecedentes psiquiátricos del padre y de la madre, podemos analizar lo siguiente:

- Existe en nuestro estudio, un alto porcentaje de antecedentes psiquiátricos tanto en el padre como en la madre, siendo respectivamente, 15,3% y 18,7%, correspondiendo a 50 padres y 61 madres. El análisis correlacional de estos datos nos permite completar la información, observando que el 29,7% de los niños que estamos estudiando, tienen padres con antecedentes psiquiátricos.

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DE LOS PADRES



- Un 2,8% de los padres, han realizado ingresos psiquiátricos.
- Constatamos en nuestro estudio lo que habitualmente en los Centros de Salud Mental de Adultos afirman: mayor porcentaje de tratamientos actuales en las mujeres.
- La frecuencia de padres " sin datos" es casi el doble que de madres.
- En 28 niños, 8,6%, ambos padres tienen antecedentes psiquiátricos. Recordemos que según Rutter y D. Quinton, la presencia de trastornos psiquiátricos en ambos padres, aumenta el riesgo de problemas emocionales de los hijos.

3.2.4. ORIENTACION TERAPEUTICA

La orientación realizada a los pacientes después del proceso diagnóstico, es la siguiente:

TABLA 43. ORIENTACION TERAPEUTICA: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

			Frecuencias	Porcentajes
"caso"	TRATAMIE. NECESARIO	en la Unidad	249	76,0
		fuera de la Unidad	28	8,6
"no caso"	TRATAMIENTO NO NECESARIO		50	15,4
TOTAL			327	100,0

A juicio del profesional, el 84,6% de niños, precisa algún tipo de ayuda o tratamiento. Esto configura la definición de "caso".

De éstos, a un 76%, se les orientó a recibir el tratamiento indicado en la propia Unidad.

Las derivaciones, 8,6%, se refieren a 28 sujetos que necesitan tratamiento, pero que consideramos que corresponden a otros servicios (psicopedagogía, logopedia, Servicios Sociales,...) realizarlos.

El porcentaje del 15,4% son los 50 niños que acuden a esta Unidad y no precisan tratamiento. Son sujetos diagnosticados como variación de la norma y algunos sujetos con trastornos reactivos. Son los denominados "no casos".



3.2.5. TIPO DE TRATAMIENTO INDICADO

A los pacientes que precisan tratamiento en esta Unidad ,se les propone las siguientes modalidades terapéuticas:

TABLA 44. TIPO DE TRATAMIENTO INDICADO: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

Tratamiento	Frecuencias	Porcentajes
Terapia Individual	109	43,8
Apoyo y seguimiento	39	15,7
Terapia Familiar	63	25,3
Tratamiento Farmacológico	15	6,0
Otros (T.grupal, relajación)	23	9,2
T O T A L	249	100,0

Todas las modalidades terapéuticas, en mayor o menor grado, incluyen la realización de entrevistas y abordajes a la familia, con el fin de potenciar los recursos familiares y analizar la influencia, la repercusión de las dificultades en las interacciones familia-niño y el significado que el síntoma tiene en el grupo familiar. Su colaboración e implicación en el proceso terapéutico incide directamente en la eficacia del mismo.

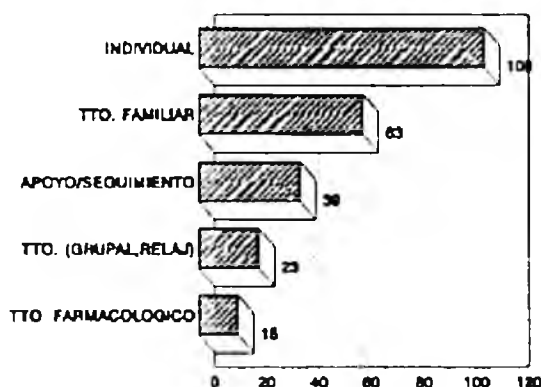
El tipo de intervención terapéutica más indicada, ha sido el tratamiento individual. La mitad de los casos, 43,8%, son tratados en la UPI mediante esta modalidad terapéutica.

Sigue en orden de frecuencias, 25,3%, la indicación de tratamiento familiar.

Se abordan bajo este marco el conjunto de terapias cuya acción se dirige prioritariamente a la familia, con el fin de elaborar los conflictos e interacciones que están manteniendo la situación conflictiva del paciente designado.

En casos específicos, por razones de adecuación al trastorno clínico, se utilizan otro tipo de técnicas, como la relajación o tratamiento grupal (9,2%).

El 6%, reciben tratamiento farmacológico. Se han categorizado aquí, a los 15 sujetos que han tenido prescripción farmacológica, aunque además de esta indicación han sido susceptibles de tratamiento individual o familiar.



3.2.5.1. RELACION ENTRE EL TIPO DE TRATAMIENTO INDICADO Y EL DIAGNOSTICO PRINCIPAL

La relación de covariación entre el diagnóstico y tratamiento se recoge en la siguiente tabla:

TABLA 45. TRATAMIENTO INDICADO Y DIAGNOSTICO PRINCIPAL. SIGNIFICATIVIDAD DE LA RELACION .

	INDIVID.	APOYO	FAMILIAR	FARMACO.	"OTROS"	TOTAL
Psicosis	66,7 3,7	---	16,7 1,6	16,7 6,7	---	6
Neurosis	56,5 59,6	5,2 15,7	15,7 29,6	7,0 53,3	15,6 78,3	115
P. Person.	65,5 17,4	---	13,8 6,5	17,2 37,0	3,4 4,3	29
T. React.	21,6 10,1	23,5 31,6	51,0 42,7	---	4,0 4,3	51
T. Inst.	20,8 4,6	58,3 36,9	12,5 4,9	---	8,3 8,8	24
Alt. Soma. y Comport.	23,8 4,6	42,9 15,7	42,9 14,7	---	4,8 4,3	21
TOTAL	(109)	(38)	(61)	(15)	(23)	246

Relación Significativa: .00000

Chi-Cuadrado: 107.80

Coefficiente de Contingencia: .55199

* Se han omitido 3 sujetos, diagnosticados 1 de deficiencia mental cuya orientación terapéutica ha sido terapia de apoyo y 2 de variación de la norma cuya indicación ha sido terapia familiar. La omisión ha sido con el fin de que el Chi Cuadrado reúna las condiciones mínimas de aplicabilidad

Los resultados de la relación significativa entre el diagnóstico principal y el tipo de tratamiento indicado nos llevan a las siguientes conclusiones:

A los niños diagnosticados de psicosis, prioritariamente el tratamiento indicado ha sido terapia individual en un 66,7%. En ningún caso se les ha indicado terapia de apoyo, ni relajación o tratamiento grupal ("otros"). Sólo a un psicótico se le prescribe tratamiento farmacológico. También hay un solo paciente diagnosticado de psicosis, que se le ha indicado terapia familiar.

Los diagnosticados de neurosis, son los que presentan unas variaciones en las indicaciones terapéuticas. En un 56,6% han tenido indicación de terapia individual. Analizando el tratamiento denominado "otros", que incluye la terapia de relajación y grupal, son los pacientes neuróticos lo que más indicaciones han recibido con este enfoque terapéutico. También es preciso destacar que 8 pacientes con este diagnóstico, han precisado tratamiento farmacológico.

Los diagnosticados de Patología de la personalidad, al igual que los diagnosticados de psicosis, prioritariamente se les ha indicado terapia individual. Nunca han tenido indicación de terapia de apoyo o seguimiento. Un 17,2% de estos pacientes han tenido prescripción farmacológica.

Ante los trastornos reactivos, la indicación prioritaria ha sido terapia familiar. Más de la mitad de los sujetos con este diagnóstico han recibido esta indicación.

Los niños y adolescentes diagnosticados de trastornos instrumentales prioritariamente, se les indica terapia de apoyo o seguimiento en un 58,3%.

Ante los trastornos somáticos y comportamentales, en un 42,9%, se les indica terapia familiar. Ningún paciente con este diagnóstico ha tenido prescripción farmacológica.

Analizando globalmente los tratamientos que se realizan en esta Unidad y el diagnóstico de los pacientes a los que se les ha indicado prioritariamente estos enfoques terapéuticos, se observa el esquema siguiente:

Terapia Individual	-----	Psicosis, Neurosis y Patología de la Personalidad.
Terapia de apoyo	-----	Trastornos Instrumentales
Terapia Familiar	-----	Trastornos reactivos T. somáticos y/o Comportamentales
T. Farmacológico	-----	P. de la personalidad, Neurosis
Terapia de Relajación T. Grupal "Otros"	-----	Neurosis

3.2.6. ACEPTACION DEL TRATAMIENTO

En el momento de plantear y/o prescribir un tipo de tratamiento terapéutico en respuesta a la identificación de un problema clínico, la mayoría de las familias, 213, aceptan realizarlo y se inicia el trabajo terapéutico. Otras, por el contrario, no aceptan esta situación rechazando la iniciación del tratamiento propuesto por el clínico, un 14,5%.

Son múltiples los factores que pueden influir en la no aceptación del tratamiento propuesto. La experiencia profesional nos permite inferir que algunos padres sólo buscan o desean orientaciones generales, pero no quieren entrar a realizar cambios. En otras, la "pseudomejoría" que inicialmente se produce por la propia intervención diagnóstica, hace descender el nivel de ansiedad de los padres y perder la motivación para el tratamiento. Los mecanismos de negación se ponen en funcionamiento para no querer ver la necesidad del mismo.

TABLA 46. ACEPTACION DEL TRATAMIENTO: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Acepta	213	85,5
No acepta	36	14,5
TOTAL	249	100

3.2.7. DURACION DEL TRATAMIENTO.

De los 213 pacientes que aceptan iniciar el proceso terapéutico, el 63% de estos, han sido dados de alta clínica por finalización del tratamiento indicado.

En un 16,4%, 35 pacientes, continúan el tratamiento después de 24 meses de haber demandado consulta en esta Unidad.

De los pacientes que inician el tratamiento, interrumpen un 20,6%, es decir, abandonan 44 pacientes.

TABLA 47. DURACION DEL TRATAMIENTO. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

	N	%		N	%
INTERRUMPEN	44	20,6			
CONTINUAN	35	16,4			
FINALIZAN EL TTO.	134	63,0			
			CORTO (1-6 mes.)	60	44,8
			MEDIO (7-12 mes.)	50	37,3
			LARGO (12-18 mes.)	34	17,9
			---	---	---
				134	100,0

La duración de los tratamientos de los pacientes dados de alta clínica, tal como se observa en la tabla anterior, es el 44,8%, en un período corto, inferior a 6 meses. Un 37,3% entre los 7 y 12 meses y en una proporción inferior, 17,9%, lo finalizaron en un período de tiempo entre 12 y 18 meses.

De estos resultados podemos inferir que, la mayoría de las intervenciones terapéuticas que se realizan en esta Unidad son tratamientos cortos. Este hecho, analizado anteriormente en esta tesis puede ser explicable además de la mayor o menor patología de estos pacientes, desde las posibilidades asistenciales de un servicio público, y su tendencia a que sean intervenciones breves y focales hacia el problema presentado. La demanda asistencial recibida y los recursos del personal que cuentan las Unidades, serán también factores que influyen en la respuesta asistencial.

Respecto a los pacientes que abandonan el tratamiento, la experiencia profesional nos permite inferir que, a veces la familia, al ver desaparecer o disminuir el síntoma, tiende a interrumpir el tratamiento antes de lo que el clínico considera oportuno.

Otras veces, la familia se niega a continuar el tratamiento, cuando su objetivo era la búsqueda de conductas adaptativas en el hijo, aspecto que no se manifiesta directamente en la evolución de la terapia.

Finalmente, existe un porcentaje de casos, en los que el abandono del tratamiento se puede deber a que la respuesta del terapeuta no se adecua a las demandas que realiza la familia.

Englobando esta breve reflexión, el abandono terapéutico puede concebirse como un hecho, que si bien dice algo del paciente y de las expectativas de la familia, también habla del terapeuta y del medio terapéutico en que el tratamiento se desarrolló. La interrupción del tratamiento es, por lo tanto un hecho multicausal.

En la tercera fase de este trabajo, nos hemos limitado a comprobar la existencia de variables discriminativas de estos pacientes, sin analizar la influencia de otros factores como es, el medio terapéutico en que se realizó dicho tratamiento. (Por la dificultad, de la categorización temporal del momento en que el paciente interrumpe el tratamiento, en esta investigación ha sido omitida esta variable).

3.2.8. ALTA DEL SERVICIO:**DIFERENTES MODOS DE PERMANENCIA EN LA UPI**

Exponemos a continuación de forma global, los diferentes modos de permanencia en esta red asistencial y el estado de alta de los 367 niños y adolescentes después del intervalo temporal de 24 meses de solicitar consulta en esta Unidad.

Alta clínica	-----	212	-----	57,8
Alta por derivación		28		7,6
Alta por no precisar tratamiento		50		13,6
Alta fin de tratamiento		134		36,6
"Solo citados"	-----	40	-----	10,9
No acuden a la acogida		24		6,5
No realizan la primera consulta		8		2,1
No procede hacer diagnóstico		4		1,1
No finalizan el diagnóstico		4		1,1
Alta por abandono	-----	80	-----	21,8
No aceptan iniciar el tratamie.		36		9,8
Abandonan el tratamiento		44		12,0
Continúan el tratamiento	-----	35	-----	9,5
Total	-----	367		

De los resultados obtenidos podemos destacar lo siguiente:

. Se da de alta clínica 212 niños, suponiendo un 57,8% de la muestra que estamos estudiando.

. El alta por fin de tratamiento propuesto por los clínicos es de un 36,6% (134 niños).

. Se deriva a otros servicios a un 7,6%.

. El alta clínica por no precisar tratamiento es un 13,6%, 50 niños.

. Los sujetos que solo realizan un primer contacto con el Servicio "solo citados" y no ha podido realizarse el diagnóstico suponen un 10,9%.

. Se indica tratamiento al 67,8% de los sujetos objeto de este estudio.

. Un 21,8% de los niños han interrumpido la estancia en este Servicio sin acuerdo de los terapeutas, bien no aceptando el tratamiento propuesto, 9,8% o abandonando el tratamiento durante el transcurso del mismo, 12%.

. Continúan el tratamiento en esta Unidad, a los 24 meses de realizar la demanda, un 9,5% (35 niños).

3.2.9 MOVIMIENTO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA INFANTIL DE ALAVA : TASA DE INCIDENCIA, PREVALENCIA Y FRECUENTACION.

A continuación exponemos los índices de prevalencia\ incidencia y frecuentación, en el año que se inició esta investigación (1989).

Recordemos que la tasa de **incidencia** en nuestro estudio es: el número de niños\ niñas y adolescentes menores de 16 años que, por cada 1000 habitantes de esa misma banda de edad, existían en la población de Alava y han tomado contacto por primera vez con el servicio durante el año 1989.

Prevalencia : el número de niños\ niñas y adolescentes menores de 16 años que, por cada 1000 habitantes de esa banda de edad, existían en la población de Alava y que han sido atendidos (tanto casos nuevos como conocidos) en el servicio durante el período objeto de estudio.

Población total del Area	267.728
Población Infantil del Area	57.950
Número de usuarios en contacto con la Unidad (1.989) . .	795
Número de usuarios que han establecido contacto por primera vez en esta Unidad (1.989)	565
Incidencia (Nuevos usuarios\mil habitantes)	9,7
Prevalencia (Usuarios\mil habitantes).	13,7
Frecuentación (Consulta\pacientes)	7

3.2.10. SINTESIS Y CONCLUSIONES DE LOS DATOS CLINICOS

Las conclusiones de los resultados de los datos clínicos anteriormente expuestos, son los siguientes:

De los 367 sujetos que demandaron consulta en esta Unidad durante el período objeto de estudio, no se ha podido realizar el diagnóstico, al 10'7%, 40 sujetos, ya que solo realizan un primer contacto con el servicio. Los datos que contamos para la exploración diagnóstica son los 327 sujetos restantes.

Como indicamos anteriormente, la CFTMEA sugiere que para el Diagnóstico Principal se utilice siempre que sea posible, las cuatro categorías: Psicosis, Trastornos Neuróticos, Patología de la Personalidad y Trastornos Reactivos. Así se ha hecho en el 63'3% de la población, siendo como era de esperar los trastornos neuróticos (35,5%) los de mayor frecuencia.

Las categorías, Deficiencia Mental, Trastornos Instrumentales, Drogas y Alcohol y Trastornos Somáticos y del Comportamiento, han sido requeridas como Diagnóstico Principal para el 24,5% de sujetos. De estas categorías, los Trastornos Instrumentales y los Trastornos Somáticos y Comportamentales agrupan la casi totalidad de los sujetos. Además, 40 de los sujetos que acudieron al Servicio, 12,2% del total, no presentaban patología, sino síntomas denominados Variaciones de la Norma, codificados en la categoría 9.

La red de Servicios Asistenciales del Territorio Histórico de Alava, dispone específicamente de equipos profesionales que cubren la intervención diagnóstica y terapéutica de las deficiencias y drogodependencias, por lo que estas modalidades clínicas apenas son tratadas en la Unidad, como se ha dicho anteriormente.

De todas la categorías clínicas, las 3 categorías que por orden de frecuencia, definen esta población en el Diagnóstico Principal son:

Neurosis	35,5%
Trastornos Reactivos	16,5%
Tras. Instrumentales	14,7%

- Un tercio de la población presenta trastornos neuróticos. La subcategoría de trastornos neuróticos evolutivos con predominio ansioso han sido los más frecuentes seguidos por dos trastornos bastante comunes en la infancia: la depresión y los trastornos neuróticos con perturbación predominante en las funciones instrumentales.

- Los trastornos reactivos, suponen el 16'5%. El estudio pormenorizado de los casos incluidos en esta categoría diagnóstica, nos permite analizar que han sido incluidos dos tipos de pacientes, niños menores de 5 años, dada su especial vulnerabilidad y otro grupo de sujetos cuyos padres acuden rápidamente preocupados por los cambios actuales en el comportamiento. Las situaciones reactivas más frecuentes han sido: situaciones de separación conyugal actuales y recientes de los padres, e ingresos hospitalarios del sujeto o de algún miembro familiar.

- Un 1'8%, 6 sujetos, han sido diagnosticados de Psicosis y un 9'5% de Patología de la Personalidad. Globalmente ambas categorías, definidas en este estudio de mayor gravedad clínica, suponen el 11'3% de los sujetos.

- En los dos tercios de los sujetos, 209 casos, el Diagnóstico Principal se complementa con el Diagnóstico Secundario. Los sujetos presentan Trastornos Instrumentales en un 23'2% y Trastornos Somáticas y del Comportamiento en un 40'3%. La distribución porcentual en ambas categorías en el Diagnóstico Principal y Diagnóstico Secundario, indica que los Trastornos Instrumentales en el diagnóstico Principal, es casi el doble de frecuente que el de los Trastornos Somáticos y Comportamentales. Sin embargo, en el Diagnóstico Secundario ocurre lo contrario, es la sintomatología de expresión Somática la que preferentemente acompaña a los Trastornos Neuróticos, a los Reactivos y a los Trastornos de la Personalidad.

Con el fin de analizar y comprender la repercusión de los conflictos en el área del aprendizaje o en la expresión somática y comportamental, tanto en el Diagnóstico principal como en el Complementario, hemos realizado el siguiente análisis:

	D.Principal	D.Comple.	Total
T.Instrumental	(48) 14'7%	(76) 23'2%	(124) 37'9%
T.Somáticos	(24) 7'4%	(84) 26'1%	(108) 33'5%
T.Comportamiento	(4) 1'2%	(47) 14'3%	(51) 15'5%

A raíz de estos resultados, podemos expresar que, la repercusión de los conflictos en el área del aprendizaje afecta al 38% de la población. Todos estos sujetos, 124, presentan en mayor o menor grado, dificultades escolares, dato importante por cuanto conflictua a su vez otros aspectos de la vida del sujeto. En segundo lugar, pero también en un porcentaje alto, el cuerpo pasa a ser el trasmisor y vehículo de expresión de los conflictos, 108 niños y adolescentes.

Continuando el análisis de la sintomatología con que cursa los trastornos de estos niños y adolescentes, hemos analizado también que: Los sujetos diagnosticados con neurosis evolutiva de predominio histérico y obsesivo, tienen como diagnóstico secundario una sintomatología corporal. Las patologías neuróticas de la personalidad se complementan con una sintomatología comportamental. 47 niños y adolescentes cursan con una sintomatología depresiva de los cuales, la mayor frecuencia, 19 sujetos, eran de estructura neurótica depresiva, 17 obedecían a un trastorno reactivo y 10 niños y adolescentes, cursan con depresiones crónicas, incluidos dentro de la Patología de la Personalidad. Un solo caso respondía a Psicosis Distónica.

La estructura biaxial de esta clasificación (CFTMEA), permite retener en el Eje II dos rubricas diferentes: los factores orgánicos y los factores y condiciones del medio implicados en el desarrollo. Como anteriormente hemos indicado, este apartado autoriza el apoyo de estos factores considerándolos en

su dimensión interactiva, añadiendo información para la mejor comprensión de los trastornos.

En la muestra que hemos analizando, un 25% de sujetos presentan factores orgánicos asociados a su sintomatología. El 10'4% (34 niños) han tenido enfermedades somáticas en la infancia de forma repetida y/o prolongada precisando continuos recorridos médicos. Siguen en frecuencia las enfermedades y afecciones de largo curso con 22 sujetos, de los cuales 11 presentan déficit auditivos y/o visuales y 8 niños tienen un diagnóstico médico de patología renal, diabética o endocrinológica.

Analizando los factores y condiciones del medio, Eje II 2, en el 52% de los casos existen condiciones ambientales que añaden información para la comprensión de las manifestaciones psicopatológicas del niño. De los 170 sujetos que presentan factores en este Eje Principal, destacan por su alta frecuencia los problemas mentales o perturbaciones psicológicas en la familia, 63 sujetos, seguidos de un contexto socio-familiar particular, 51 niños, siendo en su mayoría familias separadas o en proceso de separación. Es preciso reseñar la existencia de seis niños con malos tratos o negligencias graves. También se han analizado 62 niños que presentan múltiples factores y condiciones del medio, codificados en los dos ejes Principal y Secundario. La existencia en estos niños, con múltiples condiciones que están o han repercutido en su proceso psíquico, les confiere mayor vulnerabilidad.

Respecto a los antecedentes psiquiátricos de los padres, es preciso destacar en nuestro estudio el alto porcentaje de antecedentes tanto en el padre como en la madre, respectivamente 15'3% y 18'7% que corresponde a 50 padres y 61 madres. En 28 niños tienen ambos padres con antecedentes psiquiátricos.

La orientación terapéutica realizada a los pacientes después del proceso diagnóstico es la siguiente: A un 76% se les orientó a recibir tratamiento en la propia Unidad, al 8'6% se les deriva a otros servicios y en un 15'4% ,50 sujetos no precisan tratamiento.

De los 249 pacientes que se les indica tratamiento, el tipo de intervención más indicada ha sido terapia individual, 43'8%. Siguen en orden de frecuencias, la indicación de terapia familiar, 25'3%.

Existen diferencias significativas entre el tratamiento indicado, según el diagnóstico que presentan los niños y adolescentes objetos de estudio. El tratamiento individual ha sido prioritariamente indicado a los pacientes diagnosticados de Psicosis, Patología de la Personalidad y Trastornos Neuróticos. Ante los Trastornos Somáticos\Comportamentales y Trastornos Reactivos, existe mayor tendencia a implicar a la familia en el tratamiento (Terapia familiar). En los Trastornos Instrumentales se les indicó con mayor frecuencia T. apoyo\seguimiento y la prescripción farmacológica ha sido significativamente más frecuente en los pacientes diagnosticados de Patología de la Personalidad.

Se ha analizado también en este apartado los diferentes modos de permanencia en esta Unidad de Psiquiatría Infantil. El seguimiento de los 367 sujetos a los 24 meses de realizar la demanda, nos permite exponer los datos analizados sobre la aceptación o rechazo a iniciar el tratamiento, así como el abandono y la duración de los tratamientos que han sido finalizados.

En el momento de plantear y/o prescribir un tipo de tratamiento terapéutico la mayoría de las familias 213, el 85'3% aceptan realizarlo y se inicia el trabajo terapéutico con las mismas. Otras por el contrario "no aceptan" las indicaciones propuestas por el clínico, 36 pacientes lo que supone un 14'5%.

La mayoría de las intervenciones terapéuticas en esta Unidad en los pacientes dados de alta clínica por finalización del tratamiento, ha sido de duración corta. En el 44'8% ha sido en un período corto, inferior a seis meses, y en el 37'4% entre 7 y 12 meses.

En el esquema que exponemos a continuación, se recoge de forma global los diferentes modos de permanencia en esta Red Asistencial de los 367 niños y adolescentes después del intervalo temporal de 24 meses de solicitar consulta en esta Unidad.

SEGUIMIENTO DE LOS 367 SUJETOS Y DIFERENTES MODOS DE PERMANENCIA EN LA U.P.I.

233

1ª FASE

DEMANDA

(367)

"solo citados"
(40) 10,8%

2ª FASE

DIAGNOSTICO

(327) 89,1%

Derivación (28) 7,6%
Alta Normalidad (50) 13,6%

3ª FASE

INDICACION DEL TRATAMIENTO

(249) 67,8%

NO ACEPTAN TTO.

(36) 9,7%

TIPO DE TRATAMIENTO

(213) 58,1%

ABANDONOS DEL TTO.

(44) 12%

DURACION DEL TRATAMIENTO

CORTO (0-6) 60 - 16,4 %
MEDIO (7-12) 50 - 13,6 %
LARGO (13-18) 24 - 6,5 %

ALTA CLINICA

(134) 36,5%

CONTINUAN TTO.

(35) 9,5 %

De los resultados obtenidos podemos destacar lo siguiente:

- . Se ha realizado el diagnóstico al 89'1% del total de la muestra.
- . Se indica tratamiento a 249 niños, suponiendo un 67'8% de la muestra que estamos estudiando.
- . Casi el 50% , 169 sujetos, mantienen el proceso terapéutico siguiendo las indicaciones del personal clínico. El 36'5% han sido dados de alta clínica por finalización del tratamiento y 9'5% continúan. Si consideramos los pacientes a los que se les indicó tratamiento (249 sujetos), la adherencia es del 67'9%. Datos importantes que expresan una **alta adherencia a las propuestas terapéuticas**. Del 50% restante, también el clínico decide en un 21%, derivando a otros servicios (7'6%) o dándoles de alta por normalidad psíquica (13'6%).
- . Un 21'8%, han interrumpido la estancia en esta Unidad sin acuerdo del clínico, bien no aceptando el tratamiento propuesto, 9'8% o interrumpiéndolo durante el transcurso del mismo, 12%.
- . Después de 24 meses de acudir a consulta, continúan el tratamiento 35 niños y adolescentes, lo que supone un 9'5% de la muestra.

Para finalizar estas conclusiones, exponemos a continuación el Movimiento Asistencial en el año que se inició esta investigación (1989): la incidencia de casos nuevos en esta Unidad fue de 9'7‰ y la tasa de prevalencia del 13'7‰.

ANALISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS
EN RELACION A LA DIFERENTE
CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO

3.3. DIFERENTE CONTINUIDAD ANTE LA INDICACION DE TRATAMIENTO

En esta tercera fase de la investigación, se van a analizar los factores socio-demográficos, clínicos y asistenciales de los 249 sujetos que se les ha indicado tratamiento en esta Unidad, atendiendo a los diferentes modos de permanencia en la Red Asistencial, así como las posibles diferencias entre los grupos: "No aceptan tratamiento" "Abandonan el tratamiento" "Alta clínica" y los que "Continúan el tratamiento", después de los 24 meses de demandar consulta en esta Unidad.

La distribución de los 249 pacientes en los cuatro grupos establecidos según la diferente continuidad ante la indicación de tratamiento es la siguiente:

Grupo 1 "No aceptan": Pacientes que no inician el tratamiento propuesto por el clínico. 36 sujetos (14,5%).

Grupo 2 "Abandonan el tratamiento": Pacientes que durante el proceso terapéutico lo interrumpen. 44 sujetos (17,7%).

Grupo 3 "Alta clínica ": En este grupo se han incluido a los que después de su proceso terapéutico (corto, medio o largo) han sido dados de alta por indicación del terapeuta. 134 sujetos (53,8%).

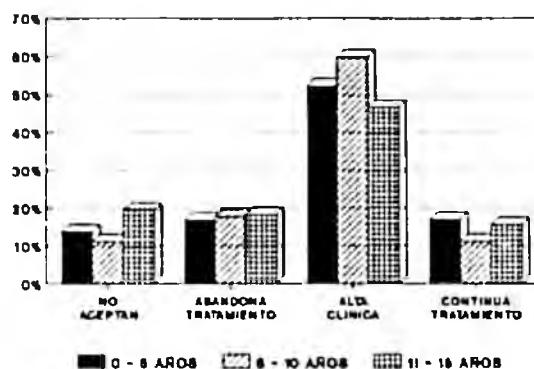
Grupo 4 "Continúan": Pacientes que continuaban su tratamiento en esta Unidad después de los 24 meses de su demanda. 35 sujetos (14%).

A continuación se realizarán las pruebas de Chi-Cuadrado para establecer si existe o no relación significativa entre la diferente continuidad en el tratamiento y las variables analizadas.

3.3.1. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y EDAD

No existe relación significativa entre los diferentes modos de continuidad terapéutica establecidos y la variable edad.

Presentamos a continuación el gráfico con los porcentajes en función de la variable edad en los diferentes grupos.



El cruce entre ambas variables, nos permite realizar en nuestro estudio las siguientes observaciones descriptivas en cada uno de los grupos establecidos:

* No aceptan el tratamiento:

Son los púberes y adolescentes los que con mayor frecuencia rechazan el tratamiento propuesto. De los 36 pacientes que no aceptan las propuestas del clínico, el 41,7% de estos, son pacientes de 11 a 15 años.

Los pacientes de 6 a 10 años, son los que aceptan con mayor frecuencia las indicaciones terapéuticas.

* Abandono del tratamiento:

Aunque apenas existen diferencias porcentuales, observamos en nuestro estudio que a mayor edad, es más frecuente en el abandono del tratamiento. También se constata en este grupo que son los pacientes de 11 a 15 años los que con mayor frecuencia interrumpen el tratamiento.

La menor frecuencia de abandonos se da en el intervalo de edad de 0 a 5 años.

*** Alta clínica :**

El mayor porcentaje de altas clínicas, 59,8%, corresponde al intervalo de edad de 6 a 10 años.

Los pacientes que menos frecuentemente han sido dados de alta clínica, son los de 11 a 15 años. De cada cuatro pacientes, púberes o adolescentes que ha precisado tratamiento, solo uno ha sido dado de alta.

*** Continúan el tratamiento :**

Son los pacientes más pequeños los que en nuestro servicio continúan el tratamiento con una frecuencia algo superior.

Los que menos frecuentemente continúan, son los pacientes de 6 a 10 años.

Como reflexión de los resultados obtenidos, es preciso destacar que:

De los 77 púberes y/o adolescentes, a los que se les ha indicado tratamiento, 29 no siguen las indicaciones del clínico, bien porque no aceptan el tratamiento o porque lo abandonan, suponiendo un 37,7% de estos sujetos. Este alto porcentaje de no adhesión de las indicaciones terapéuticas en estas edades, es señalada por numerosos autores. Es importante que este hecho, constatado también en nuestra actividad clínica diaria, se siguiera analizando y/o investigando con el fin de poner los medios para evitar su incidencia.

**TABLA 48. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA E
INTERVALOS DE EDAD:**

EDAD	NO ACEPTAN T.T.	ABANDONAN T.T.	ALTA CLINICA	CONTINUAN T.T.	TOTAL
0-5 años	9 13,8% 25,0%	11 16,9% 25,0%	34 52,3% 25,4%	11 17,0% 31,4%	65
6-10 años	12 11,2% 33,3%	19 17,8% 43,2%	64 59,8% 47,7%	12 11,2% 34,3%	107
11-15 años	15 19,5% 41,7%	14 18,2% 31,8%	36 46,7% 26,9%	12 15,6% 34,3%	77
TOTAL	36	44	134	35	249

Significación: .57627

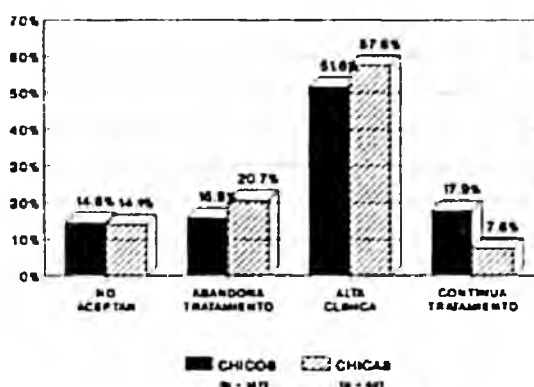
Chi-Cuadrado: 4.74989

Coefficiente de Contingencia: .13682

3.3.2. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y SEXO

No existe relación significativa entre los diferentes modos de continuidad terapéutica establecidos y la variable sexo.

Analizando las frecuencias de la variable sexo, en los 249 sujetos que se les ha indicado tratamiento, se constata de nuevo similar suprerrepresentación de varones que en la demanda. Sex-ratio de la demanda, 1,62 y sexo-ratio ante la indicación del tratamiento, 1,70.



El cruce entre ambas variables, continuidad en el tratamiento y sexo, nos permite realizar en nuestro estudio las siguientes observaciones descriptivas en cada uno de los grupos establecidos :

*** No aceptan el tratamiento:**

En ambos sexos la no aceptación de las propuestas terapéuticas es prácticamente similar.

*** Abandonan el tratamiento:**

Las chicas, interrumpen con más frecuencia que los chicos los tratamientos ya iniciados. 20,7% frente a un 15,9%.

*** Alta clínica:**

Se observa frecuencias similares para ambos sexos. El alta clínica es algo superior en las chicas, 57,6%, que en los chicos, 51,6%.

*** Continúan el tratamiento:**

Es la continuidad en el tratamiento y su relación con la variable sexo, donde mayor diferencias porcentuales se observan. De estas puede inferirse que la continuidad en la Red Asistencial es para los chicos superior que para las chicas, 28 chicos y 8 chicas son los que continúan el tratamiento. La proporción es de casi 4:1. El sexo-ratio de la continuidad del tratamiento en esta Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil es de 3,5.

La reflexión de este hecho, mayor continuidad del tratamiento en los chicos, nos plantea las siguientes interrogantes:

¿Existe mayor gravedad en la patología de los chicos que en las chicas ?.

¿Hay mayor preocupación, mayor exigencias, y/o interés familiar porque los chicos solucionen sus dificultades ?

¿La mayor facilidad de los chicos en la externalización de sus dificultades, influye en la prolongación de los tratamientos?

Los hechos analizados en otros estudios sobre la fragilidad biológica en el niño, la mayor regularidad en la asistencia de los chicos en estas edades a los Centros de Atención. ¿Puede tener el mismo paralelismo con la mayor demanda y continuidad en el tratamiento en Salud Mental Infanto-Juvenil ?.

¿La mayor prevención en los niños durante la infancia, puede ser uno de los factores que expliquen el hecho frecuentemente constatado, de la menor prevalencia del sexo masculino en Salud Mental de adultos?.

Estas y otras interrogantes deberían favorecer investigaciones futuras que permitan analizar con mayor profundidad la comprensión de estos hechos.

TABLA 49. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y SEXO:

SEXO	NO ACEPTAN T.T.	ABANDONAN T.T.	ALTA CLINICA	CONTINUAN T.T.	TOTAL
Chicos	23 14,6 63,9	25 15,9% 56,8%	81 51,6% 60,4%	28 17,9% 80,0%	157
Chicas	13 14,1 36,1	19 20,7% 43,2%	53 57,6% 39,6%	8 7,6% 20,0%	92
TOTAL	36	44	134	35	249

Significación: .14165

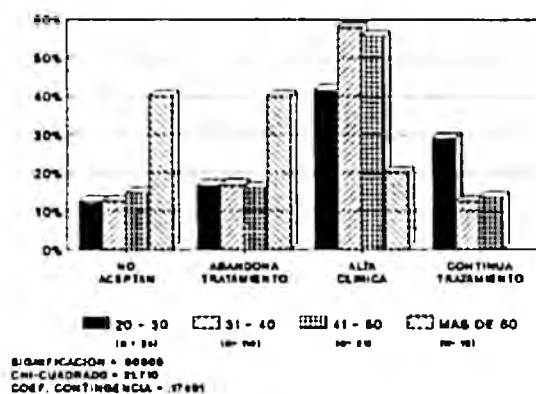
Chi-Cuadrado : 5.45023

Coeficiente de Contingencia : .14635

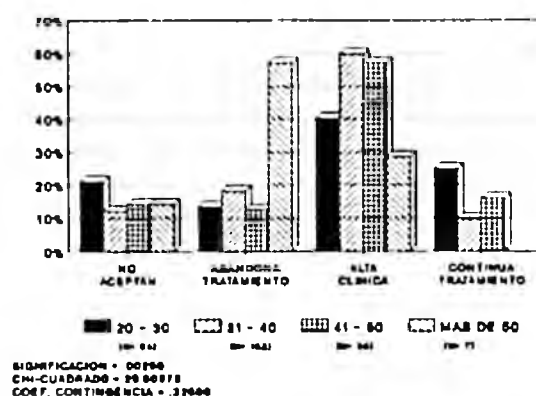
3.3.3. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y EDAD DE LOS PADRES

Existe relación significativa entre la diferente continuidad terapéutica y la edad de la madre. Significatividad de la relación: .00298. Edad del padre, significatividad de la relación: .00980.

PADRE



MADRE



* No aceptación del tratamiento:

Cuando la edad de la madre es menor de 30 años, es significativamente mayor el rechazo a iniciar el tratamiento propuesto por los clínicos.

Ocurre lo contrario con la edad del padre. A mayor edad del padre existe mayor tendencia a rechazar el tratamiento propuesto a sus hijos.

*** Abandono del tratamiento:**

La relación existente entre la edad elevada de los padres (más de 50 años) y los abandonos de los tratamientos de los hijos es la siguiente:

En un 57,1% de las madres mayores de 50 años, sus hijos abandonan el tratamiento ya iniciado. Este hecho ha de ser tomado con cautela por el bajo número de pacientes que tienen madres de estas edades.

Con la variable edad del padre se obtienen similares resultados. En un 40% de los padres mayores de 50 años, sus hijos interrumpen el tratamiento.

*** Alta clínica:**

El alta clínica es menos frecuente cuando los padres son mayores de 50 años.

*** Continúan en tratamiento:**

Cuando los pacientes tienen padres jóvenes, menores de 30 años, existe mayor tendencia a que sus hijos permanezcan en la Red Asistencial. Uno de cada cuatro niños que precisaron tratamiento y sus madres son menores de 30 años, continúan el tratamiento en la Unidad. Similares resultados se obtienen cuando el padre tiene menos de 30 años.

Como conclusión de estos análisis podemos inferir que:

La continuidad del tratamiento en esta Unidad es significativamente más elevada para los niños de padres jóvenes, mientras que los hijos de padres mayores de 50 años tienden a abandonar el tratamiento en la mitad de los casos.

La comprensión de estos resultados: a mayor edad de los padres (más de 50 años) mayor riesgo de abandono y la mayor prolongación de los tratamientos cuando la edad de los padres es menor de 30 años, se puedan entender mejor analizando otras variables influyentes, tanto de la familia como de los datos clínicos de estos niños.

El caso concreto de los padres jóvenes y la tendencia a que se prolongue el tratamiento de sus hijos, puede ser comprendido por la mayor necesidad de apoyo y contención, posiblemente por la falta de experiencia en la educación de sus hijos.

TABLA 50. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y EDAD DEL PADRE:

EDAD	NO ACEPTAN T.T.	ABANDONAN T.T.	ALTA CLINICA	CONTINUAN T.T.	TOTAL
20-30 años	3 12,5% 8,3%	4 16,7% 9,3%	10 41,7% 7,8%	7 29,0% 2,2%	24
31-40 años	15 12,6% 41,7%	20 16,8% 46,6%	69 58,0% 54,4%	15 12,6% 45,5%	119
41-50 años	12 14,8% 33,4%	13 16,0% 30,2%	45 55,6% 35,5%	11 13,6% 33,3%	81
Más de 50	5 40,0% 16,6%	6 40,0% 13,9%	3 20,0% 2,3%	— — —	15
TOTAL	36	43	127	33	239

* Sin datos 10 pacientes.

Significación : .00980

Chi-Cuadrado : 21.71050

Coefficiente de Contingencia: .17401

TABLA 51. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y EDAD DE LA MADRE:

EDAD	NO ACEPTAN T.T.	ABANDONAN T.T.	ALTA CLINICA	CONTINUAN T.T.	TOTAL
20-30 años	11 21,2% 30,6%	9 13,5% 20,0%	21 40,3% 15,7%	14 25,0% 37,1%	54
31-40 años	16 12,2% 44,4%	24 18,2% 54,5%	79 59,8% 59,0%	12 9,8% 37,1%	132
41-50 años	8 14,3% 22,2%	7 12,5% 15,9%	32 57,1% 23,8%	9 16,1% 25,8%	56
Más de 50	1 14,3% 2,8%	4 57,1% 9,1%	2 28,6% 1,6%	--- --- ---	7
TOTAL	36	44	134	35	249

Significatividad de la relación: .00298

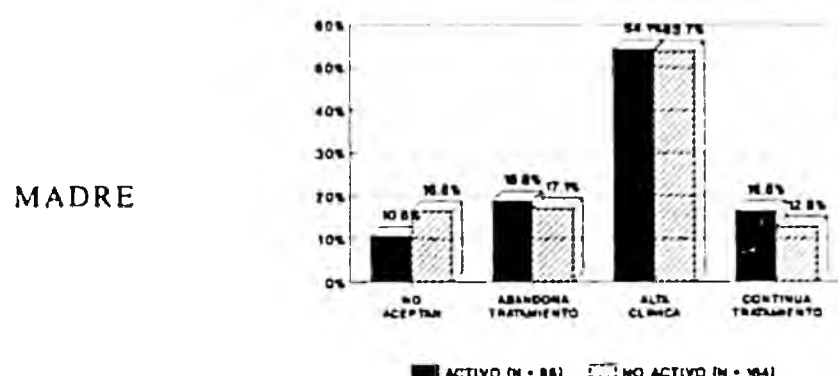
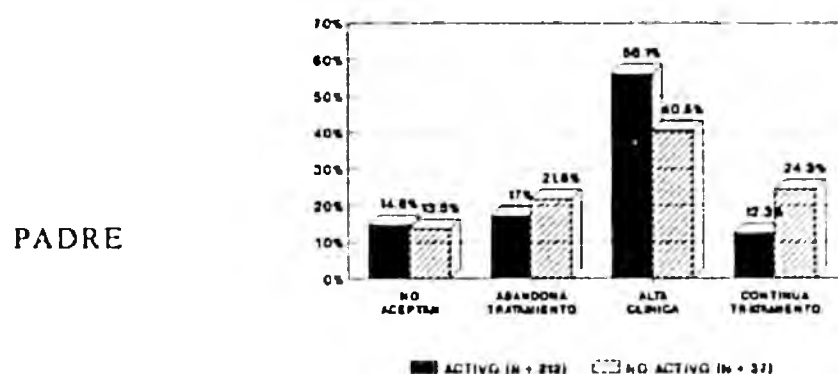
Chi-Cuadrado : 29.80973

Coeficiente de Contingencia : .32698

3.3.4. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y SITUACION LABORAL DE LOS PADRES

No existe relación significativa entre los diferentes modos de continuidad terapeutica establecidos y la situación laboral de los padres.

Presentamos a continuación el gráfico con los porcentajes en función de la situación laboral de los padres en los diferentes grupos.



El cruce entre ambas variables nos permite realizar las siguientes observaciones descriptivas en cada uno de los grupos establecidos.

* No aceptan el tratamiento:

Se observan frecuencias similares ante la situación laboral del padre. La no aceptación del tratamiento es algo superior cuando el padre trabaja, "activo".

Ante la situación laboral de la madre, existe mayor frecuencia a rechazar el tratamiento cuando la madre no trabaja fuera del hogar, "no activo" 16,5%.

*** Abandono del tratamiento:**

Ante la situación laboral de la madre, prácticamente es similar el porcentaje de abandonos, algo superior en el caso de que las madres estén en activo.

Analizando la situación laboral del padre, existe mayor frecuencia en la interrupción del tratamiento en los pacientes cuyo padre no trabaja.

*** Alta clínica:**

En este grupo se observa similar situación respecto a la situación laboral de la madre y la diferente continuidad en el tratamiento de los hijos.

Es más frecuente el alta clínica cuando ambos, padre y madre, se encuentran en activo.

Las diferencias porcentuales son mayores ante la actividad laboral del padre. Entre los pacientes cuyo padre se encuentra en paro o jubilación, el porcentaje de altas ha sido inferior, 40%, frente al 56,1% en el caso de que el padre se encuentre en activo.

*** Continúan el tratamiento:**

Con mayor frecuencia continúan en la Red Asistencial los pacientes cuyo padre está en paro o jubilación, 24,3%, frente a un 12,3% en el caso de padre en activo.

Ocurre al contrario respecto a la situación laboral de la madre. Hay mayor porcentaje de pacientes que continúan en la Red Asistencial cuando su madre se encuentra en activo.

Como conclusión de los resultados analizados observamos en nuestro estudio que:

Cuando el padre se encuentra en situación de paro o jubilación, existe mayor frecuencia en la aceptación de los tratamientos propuestos, mayor porcentaje de abandonos, menor número de altas clínicas y la continuación del tratamiento en la Red Asistencial es superior.

En cambio, cuando la madre está en situación laboral activo se observa que tienden a aceptar los tratamientos con mayor frecuencia, y la continuación del tratamiento es algo superior que cuando la madre no trabaja fuera del hogar.

TABLA 52. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y SITUACION LABORAL DEL PADRE

	NO ACEPTA TRATAMIENTO	ABANDONO	ALTA CLINICA	CONTINUAN	TOTAL
ACTIVO	31 14,6% 86,1%	36 17,0% 81,8%	119 56,1% 88,8%	26 12,3% 74,3%	212
NO ACTIVO	5 13,5% 13,9%	8 21,6% 18,3%	15 40,5% 11,2%	9 24,3% 25,7%	37
TOTAL	36	44	134	35	249

Significación: .16508

Chi-Cuadrado: 5.0934

Coefficiente de Contingencia: .14158

TABLA 53. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y SITUACION LABORAL DE LA MADRE

	NO ACEPTA TRATAMIENTO	ABANDONO	ALTA CLINICA	CONTINUAN	TOTAL
ACTIVO	9 10,6% 25,0%	16 18,8% 36,4%	46 54,1% 34,3%	14 16,5% 40,0%	85
NO ACTIVO	27 16,5% 75,0%	28 17,1% 63,6%	88 53,7% 65,7%	21 12,8% 60,0%	164
TOTAL	36	44	134	35	249

Significación: .57844

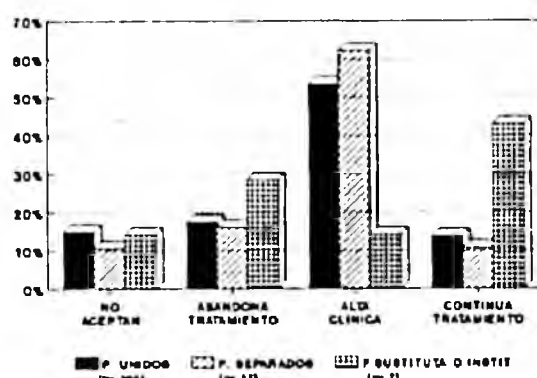
Chi-Cuadrado:1.97105

Coefficiente de Contingencia:.08862

3.3.5. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y SITUACION FAMILIAR

No existe relación significativa entre los diferentes modos de continuidad terapéutica establecidos y la situación familiar.

Presentamos a continuación el gráfico con los porcentajes en función de la situación familiar.



El cruce entre la diferente continuidad terapéutica y la situación familiar en nuestro estudio, nos permite realizar las siguientes observaciones en cada uno de los grupos establecidos.

* No aceptan el tratamiento:

Aunque prácticamente no existen diferencias porcentuales entre la no aceptación del tratamiento y las diferentes situaciones familiares, podemos señalar que son los pacientes cuyos padres están unidos, los que con mayor frecuencia rechazan el tratamiento propuesto, 15,1% .

Al contrario, los hijos cuyos padres están separados, son los que menos frecuentemente rechazan las propuestas del clínico ante las indicaciones del tratamiento, 10,8%.

*** Abandonan el tratamiento:**

Los pacientes que viven en familias sustitutivas o en institución son los que con mayor frecuencia abandonan el tratamiento, 28,6%.

Ante la situación familiar de padres unidos o separados y el abandono apenas se aprecian diferencias, se constata de nuevo que los hijos de padres separados son los que menos frecuentemente abandonan el tratamiento ya iniciado.

*** Alta clínica :**

La mayor frecuencia de altas clínicas dadas, 62,2%, corresponde a los hijos de padres separados.

Al contrario, los pacientes que se encuentran viviendo en familias sustitutivas o en institución, son los que con menor frecuencia han sido dados de alta clínica. Solo un paciente con esta situación familiar ha sido dado de alta.

*** Continúan el tratamiento:**

El 42,9% de los pacientes que viven en familias sustitutivas o en instituciones en nuestro estudio continúan el tratamiento en la Red Asistencial, dato importante pero que debe ser tomado con cautela por el bajo número de sujetos.

Los pacientes que menos frecuentemente continúan el tratamiento, 10,8%, son los que sus padres viven separados.

Como conclusión, a raíz de los datos analizados, podemos expresar la casi semejante similitud de la situación familiar, padres unidos o separados, ante los diferentes modos de continuidad terapéutica en esta Red Asistencial.

Aunque observamos que no hay diferencias significativas, y este hecho debería ser estudiado en posteriores estudios, podemos señalar que las diferencias porcentuales nos permiten señalar que, en nuestro estudio, son los hijos de padres separados, los que mayor adherencia presentan ante las propuestas del clínico, los que más altas clínicas se han realizado y los que menos continúan el tratamiento.

En contraposición, es preciso destacar que, los niños que viven en familias sustitutas o en institución, son los que menos siguen las propuestas del clínico, más abandonan y en un 42,9% de estos continúan el tratamiento.

TABLA 54. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y SITUACION FAMILIAR:

SITUACION FAMILIAR	NO ACEPTAN T.T.	ABANDONAN T.T.	ALTA CLINICA	CONTINUAN T.T.	TOTAL
P. unidos	31 15,1% 86,1%	36 17,6% 81,8%	110 53,5% 82,1%	28 13,7% 80,0%	205
P. separad	4 10,8% 11,1%	6 10,2% 13,6%	23 62,2% 17,2%	4 10,8% 11,4%	37
F. sustituc. o instituc.	1 14,2% 2,8%	2 28,6% 4,5%	1 14,3% 0,7%	3 42,9% 8,6%	7
TOTAL	36	44	134	35	249

Significación: .24830

Chi-Cuadrado : 7.86314

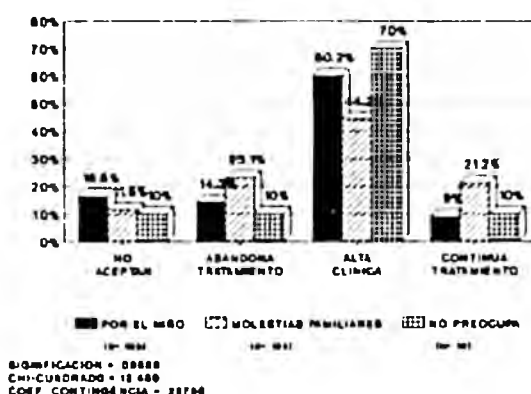
Coefficiente de Contingencia : .17496

3.3.6. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y POR QUE ESTAN PREOCUPADOS

Existe relación significativa entre la diferente continuidad terapéutica y la variable por qué están preocupados los padres.

Significatividad de la relación: .03589

Presentamos a continuación el gráfico con los porcentajes en función de la variable porqué están preocupados.



La relación entre ambas variables nos permite realizar las siguientes observaciones en cada uno de los grupos establecidos.

* No aceptan el tratamiento :

Existe mayor aceptación de las propuestas del tratamiento cuando los padres alegan estar preocupados por las molestias familiares que el niño crea en el ámbito familiar y cuando alegan no estar preocupados.

Al contrario, cuando alegan preocupación por el propio niño, el rechazo a iniciar el tratamiento es mayor, 16,5%.

*** Abandono del tratamiento:**

El abandono durante el tratamiento, es significativamente mayor cuando las familias alegan preocupación por las molestias familiares que el niño crea, 23,1%.

En cambio, cuando expresan preocupación por el propio niño, el abandono es menor, 14,3%.

*** Alta clínica:**

Es preciso destacar el elevado porcentaje de altas clínicas, 70%, cuando la familia expresa no estar preocupados por los problemas de sus hijos.

También hay un alto porcentaje de altas clínicas cuando la preocupación es por el propio niño, 60,2%.

Los pacientes cuyos padres alegan preocupación por las molestias familiares que el niño crea, son a los que menos altas clínicas se han dado.

*** Continúan el tratamiento:**

En el grupo de los niños que continúan el tratamiento, se observa una clara diferencia ante la preocupación que alegan los padres. De los 35 pacientes que continúan el tratamiento, 22 de ellos, sus padres expresan estar preocupados por "molestias familiares" que el paciente crea. En cambio cuando alegan no estar preocupados o la preocupación es por el propio sujeto, la prolongación del tratamiento es inferior.

Como conclusión, a raíz de los datos analizados, podemos inferir que, cuando los padres alegan "estar preocupados por el niño" son estos, los que más rechazan las propuestas del clínico y los que menos continúan el tratamiento.

Por el contrario cuando alegan "molestias familiares", son los pacientes que más abandonan, los que tienen un menor porcentaje de altas clínicas y los que más continúan en la red asistencial.

TABLA 55. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y POR QUE ESTAN PREOCUPADOS.

	NO ACEPTA TRATAMIENTO	ABANDONO	ALTA CLINICA	CONTINUAN	TOTAL
Por el niño	22 16,5% 62,9%	19 14,3% 43,2%	80 60,2% 60,2%	12 9,0% 34,3%	133
Molestias familiares	12 11,5% 34,3%	24 23,1% 54,3%	46 44,2% 34,6%	22 21,2% 62,9%	104
No preocupa	1 10,0% 2,9%	1 10,0% 2,3%	7 70,0% 5,3%	1 10,0% 2,9%	10
TOTAL	35	44	133	35	247

Relación Significativa: .03589

Chi-Cuadrado: 13.489

Coefficiente de Contingencia: .22756

3.3.7. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y MOTIVOS DE CONSULTA

Recordemos que los motivos de consulta, que alegaron los padres al acudir a esta Unidad, no se establecieron de forma excluyente sino múltiple. Por ello el sumatorio de todos los motivos de consulta supera el 100%.

Presentamos a continuación un cuadro en función de los grupos establecidos respecto a la variable diferente continuidad terapéutica, indicando los porcentajes más o menos frecuentes obtenidos de los motivos de consulta que alegaron al acudir a esta Unidad.

CUADRO III: DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y MOTIVOS DE CONSULTA.

	NO ACEPTAN	ABANDONAN	ALTA CLINICA	CONTINUAN
Más Frecuente	Suicidio 40% Tic-Tartamudez 30% Res Médica 22.2% Escolares 21.5%	Res.Médica 33.3% Comportam. 25.6% Escolares 21.6%	Pronunciac. 72.7% Miedo-Fobia 70% Sueño 65.5%	Desarrollo 27.3% Alimentac 26.7%
Menos Frecuente	Desarrollo 0% Sueño 0% Inhib Emotivid 5% Alimentación 6.7%	Tic-Tartam 0% Pronunciac 0% Suicidio 0% Desarrollo 9.1%	Comportam 41.5% Res Médica 33.3% Escolares 41.5%	Miedo-Fobia 0% Suicidio 0% Res Médica 11.4% C Esfínt 11.4%

La relación entre la diferente continuidad terapéutica y los motivos de consulta nos permite realizar las siguientes observaciones descriptivas en cada uno de los grupos establecidos:

*** No aceptan el tratamiento.**

Los pacientes que acudieron a esta Unidad, manifestando los siguientes motivos de consulta, tentativas de suicidio, tics-tartamudez, problemas de resonancia médica y problemas escolares, son los que con mayor frecuencia rechazan la iniciación del tratamiento.

Sorprende que el 40% de los pacientes que acudieron por tentativas de suicidio, no acepten el tratamiento, teniendo en cuenta la gravedad del motivo.

Es preciso recordar que los sujetos que acudieron por este motivo, alegaban también en casi la mitad problemas de comportamiento.

Algunos autores han señalado este hecho, insistiendo en las dificultades tanto de los padres como del propio paciente, frecuentemente adolescente, para la aceptación del tratamiento. Este dato de difícil comprensión precisa de mayor profundización, con el objetivo de poner medidas preventivas que fomenten la aceptación del tratamiento.

La reflexión del rechazo de los motivos de consulta, resonancia médica y problemas escolares, puede entenderse por las discrepancias en las expectativas del tratamiento tanto de la familia como del paciente, que generalmente están dirigidas hacia lo orgánico y lo pedagógico.

Al contrario, la aceptación del tratamiento es total, en todos los pacientes que acudieron a la Unidad alegando los motivos de consulta, problemas de desarrollo y trastornos de sueño. La comprensión de esta total aceptación se pueda entender, al ser estos los motivos que los padres alegaron mayor preocupación, tanto por la sintomatología, como por las molestias que originaban en la familia, como en el caso concreto de los trastornos del sueño.

*** Abandono del tratamiento:**

Los pacientes que interrumpen con mayor frecuencia el tratamiento, acudieron a esta Unidad alegando los siguientes motivos: problemas de resonancia médica, problemas de comportamiento y problemas escolares

La posible comprensión de estos abandonos, pueda entenderse por las expectativas que tiene la familia ante la disminución de la sintomatología que presentan sus hijos tanto en lo orgánico, escolar, como comportamental. Síntomas que no disminuyen, ni desaparecen con la rapidez esperada en muchas ocasiones por la familia.

La relación significativa entre los pacientes que acudieron por problemas de comportamiento y los diferentes modos de continuidad terapéutica $P = .03376$, indica: Que son éstos, los pacientes los que con mayor frecuencia abandonan el

tratamiento. De los 44 pacientes que abandonan, casi la mitad 21 pacientes , acudieron alegando este motivo de consulta.

También es preciso señalar, que son estos pacientes, los que acudieron por problemas de comportamiento, los que menos siguen las indicaciones terapéuticas dadas por los clínicos. La "no aceptación" y el "abandono" globalmente suponen un 42,7%. Estos pacientes, junto a los que acudieron por problemas escolares y resonancia médica, son los que menos adherencia presentan a las indicaciones clínicas y como veremos posteriormente, el grupo que menos altas clínicas han tenido.

Ocurre lo contrario. en los pacientes que acudieron a esta Unidad por los motivos de consulta, tic-tartamudez, pronunciación, e intentos de suicidio, ningún paciente abandona el tratamiento. También es preciso señalar, la baja frecuencia de abandonos cuando acuden por problemas de desarrollo. Solo un sujeto interrumpe el tratamiento.

* Alta clínica:

Los pacientes que acudieron por problemas de pronunciación, miedos - fobias, y trastornos del sueño, son los que con mayor frecuencia han sido dados de alta clínica. La comprensión de este hecho puede entenderse, por ser sintomatologías que tienden a remitir con más facilidad, y lo al ser los pacientes que más adherencia presentan a las indicaciones clínicas, menos abandonan y menos frecuentemente rechazan la iniciación del tratamiento propuesto.

En cambio cuando alegaron los motivos de consulta , resonancia médica, problemas de comportamiento y escolares, son los pacientes que con menor frecuencia han sido dados de alta clínica. Anteriormente se ha analizado como estos motivos son los que con mayor frecuencia abandonan el tratamiento ya iniciado, y los que globalmente menos adherencia presentan a las propuestas clínicas, esto puede ser una de las razones que expliquen la menor frecuencia de altas clínicas.

*** Continúan el tratamiento:**

Los pacientes que acudieron manifestando los motivos de consulta, problemas de desarrollo y trastornos en la alimentación son los que con mayor frecuencia continúan el tratamiento en esta Unidad. Es comprensible la continuación del tratamiento ante los problemas de desarrollo, ya que engloban sintomatologías relacionadas con las psicosis infantiles, llamadas también trastornos generalizados del desarrollo.

Ningún paciente de los que acudieron por tentativas de suicidio, ni por miedos y fobias continúa el tratamiento a los 24 meses de demandar consulta en esta Unidad. Con baja frecuencia continúan los problemas de control de esfínteres y los pacientes que acudieron por problemas de resonancia médica.

**TABLA 56. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y
MOTIVOS DE CONSULTA.**

CATEGORIAS	NO ACEPTAN T.T.	ABANDONAN T.T.	ALTA CLINICA	CONTINUAN T.T.	TOTAL
Desarrollo	--- ---	1 9,1	7 63,6	3 27,3	11
Comportamiento	14 17,1	21 25,6	34 41,5	13 15,9	82*
Cot.Esfinteres	4 11,4	7 20,0	20 57,1	4 11,4	35
Alimentación	1 6,7	2 13,1	8 53,3	4 26,7	15
Sueño	--- ---	5 17,2	19 65,5	5 17,2	29
Inh.Emotividad	3 5,0	9 15,0	38 63,3	10 16,7	60
Tic-Tartamudez	3 30,0	--- ---	5 50,0	2 20,0	10
Resonan.Médica	4 22,2	6 33,3	6 33,3	2 11,1	18
Escolares	14 21,5	14 21,4	27 41,5	25 15,4	65
Pronunciación	1 9,1	--- ---	8 72,7	2 18,2	11
Miedos Fobias	1 10,0	2 20,0	7 70,0	--- ---	10
Suicidio	4 40,0	--- ---	6 60,0	--- ---	10

P. de comportamiento.

* Significatividad de la relación $P = .03376$

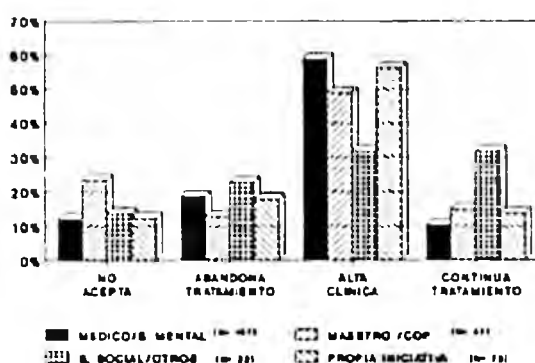
Se ha omitido el motivo de consulta, masturbación por el bajo número de sujetos.

Se ha utilizado cada motivo de consulta como variable independiente, dicotomizando entre presencia o ausencia. Al aplicar un X^2 para cada motivo, hemos observado la significatividad de la relación ante los problemas de comportamiento, $P = .03376$.

3.3.8. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y QUIEN ENVIA

No existe relación significativa entre los diferentes modos de continuidad terapéutica establecidos y la variable quien envía.

Presentamos a continuación el gráfico con los porcentajes en función de la variable quién envía en los diferentes grupos.



El cruce entre ambas variables nos permite realizar en nuestro estudio las siguientes observaciones descriptivas en cada uno de los grupos establecidos:

* No aceptan el tratamiento:

Los pacientes que más rechazan las propuestas terapéuticas son los enviados por el estamento escolar, maestros y COP. La no aceptación es de un 23,4%.

Ocurre al contrario, cuando los pacientes son enviados por el estamento sanitario (Médico y Salud Mental) y por propia iniciativa (familiares y amigos). El rechazo de las indicaciones terapéuticas es menos frecuente, 12,1% y 12,3% respectivamente.

* Abandonan el tratamiento:

Los pacientes que con mayor frecuencia abandonan el tratamiento son los derivados por los servicios sociales y psicólogos privados.

Es preciso señalar que, los pacientes enviados por el estamento escolar, son los que menos abandonan. Anteriormente se ha analizado que estos pacientes son los que más rechazan la iniciación del tratamiento, pero una vez aceptadas las propuestas terapéuticas son los que menos interrumpen el tratamiento.

*** Alta clínica:**

Los pacientes que fueron enviados por el estamento sanitario y los de propia iniciativa (familiares y amigos) son los que en un mayor porcentaje han sido dados de alta clínica, 58,9% y 56,2% respectivamente.

En cambio, son los pacientes derivados por los Servicios Sociales y psicólogos privados los que con menor frecuencia han sido dados de alta clínica, solo un 31,8%.

*** Continúan el tratamiento:**

Los pacientes enviados por los Servicios Sociales y "otros" (psicólogos privados), son los que con mayor frecuencia continúan el tratamiento.

Los pacientes que han sido derivados por el estamento sanitario son los que con menor frecuencia, 10,3%, continúan el tratamiento en la Red Asistencial.

Como conclusión de los datos analizados podemos inferir que: Son los pacientes enviados por los Servicios Sociales y psicólogos privados los que más frecuentemente abandonan, menos altas clínicas les han sido dadas y más se prolongan sus tratamientos. Datos importantes que podrían indicar que son pacientes con mayor "riesgo", pero que precisan ser analizados con mayor profundidad en posteriores estudios.

Respecto a los pacientes enviados por el estamento escolar, son los que más rechazan la iniciación del tratamiento, pero los que menos abandonan el proceso del tratamiento. A raíz de estos resultados, podemos inferir que una de las causas de que la no aceptación frecuente puede ser por, la discordancia entre

las expectativas de la familia y/o paciente, y la respuesta asistencial que el clínico les propone. Posiblemente esta discordancia pueda entenderse porque la búsqueda va dirigida hacia lo pedagógico más que a lo psíquico. Por el contrario, cuando los pacientes enviados por el estamento escolar aceptan el tratamiento, lo que supondría la aceptación de la intrincación de los problemas psíquicos en los aprendizajes, la adherencia al tratamiento es alta.

Los pacientes que han acudido a esta Unidad enviados por el estamento médico y por propia iniciativa (familiares y amigos), coinciden en los diferentes modos de continuidad ante la indicación del tratamiento, son los que más aceptan el tratamiento, los que mayor frecuencia de altas clínicas se han impartido y los que menos prolongan el tratamiento en esta Unidad.

TABLA 57. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y QUIEN ENVIA:

	NO ACEPTA	ABANDONA	ALTA CLINICA	CONTINUAN	TOTAL
Médico	13	20	63	11	107
Salud Mental	12,1%	18,7%	58,9%	10,3%	
	36,1%	45,5%	47,0%	31,4%	
Maestro-COP	11	6	23	7	47
	23,4%	12,8%	48,9%	14,9%	
	30,6%	13,6%	17,2%	20,0%	
S. Social	3	5	7	7	22
Otros	13,6%	22,7%	31,8%	31,8%	
	8,3%	11,4%	5,2%	20,0%	
Propia	9	13	41	10	73
Iniciativa	12,3%	17,8%	56,2%	13,7%	
	25,0%	29,5%	30,0%	28,6%	
TOTAL	36	44	134	35	249

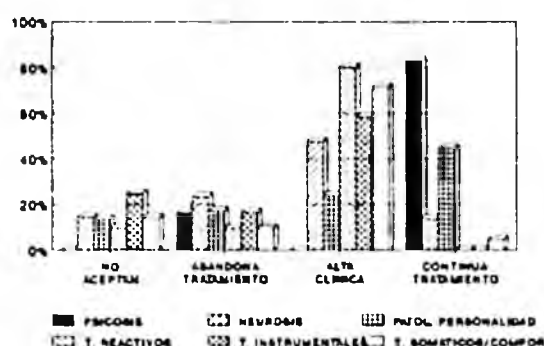
Significación: .15896

Chi-Cuadrado: 13.081

Coeficiente de Contingencia : .22341

3.3.9. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y DIAGNOSTICO PRINCIPAL

La relación entre la diferente continuidad terapéutica y el diagnóstico principal, nos permite realizar las siguientes observaciones en cada uno de los grupos establecidos:



Presentamos a continuación el cuadro en función de los grupos establecidos respecto a la variable diferente continuidad terapéutica, indicando los porcentajes más o menos frecuentes obtenidos en las diferentes categorías diagnósticas.

CUADRO IV. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y DIAGNOSTICO PRINCIPAL.

	NO ACEPTAN	ABANDONAN	ALTA CLINICA	CONTINUAN
Más Frecuente	T Instrument 25%	Neurosis 23.5% Pat Person 17.2%	T. Reactivos 80.4% T Somáticos y/o Comport 71.4%	Psicosis 83.3% P Personal 44.8%
Menos Frecuente	Psicosis T Reactivos 9.8%	T. Somáticos y/o Comport. 9.5% T Reactivos 9.8%	Psicosis Pat Personal 24.1%	T Reactivo T Instrument T Somáticos y/o Comport 4.8%

* No aceptan el tratamiento:

Los pacientes diagnosticados de trastornos instrumentales son los que con mayor frecuencia rechazan el tratamiento, 25%.

Todos los pacientes diagnosticados de psicosis aceptan el tratamiento propuesto por el clínico.

Los pacientes diagnosticados de trastornos reactivos son también los que menos frecuentemente rechazan el tratamiento, 9,8%.

*** Abandonan el tratamiento:**

Los pacientes diagnosticados de neurosis son los que con mayor frecuencia abandonan el tratamiento ya iniciado, 23,5%. También los diagnosticados de patología de la personalidad, abandonan con una frecuencia alta, 17,2%.

Los pacientes diagnosticados de trastornos reactivos y los trastornos somáticos y del comportamiento son los que menos interrumpen el tratamiento ya iniciado, 9,8% y 9,5% respectivamente.

*** Alta clínica:**

Ningún paciente diagnosticado de psicosis ha sido dado de alta clínica. También los pacientes diagnosticados de patología de la personalidad, son a los que menos altas clínicas se han dado, 24,1%.

Al contrario, los pacientes diagnosticados de trastornos reactivos y trastornos somáticos y/o comportamentales son los que con mayor frecuencia han sido dados de alta clínica, 80,4% y 71,4% respectivamente.

*** Continúan el tratamiento:**

Ningún paciente diagnosticado de trastornos reactivos y trastornos instrumentales continúan el tratamiento en esta Unidad a los 24 meses de su demanda.

Los pacientes diagnosticados de trastornos somáticos y/o del comportamiento continúan el tratamiento con escasa frecuencia, 4,8%. Solo un paciente con este diagnóstico continúa el tratamiento en esta Unidad. También es preciso señalar que los pacientes diagnosticados de neurosis, continúan el tratamiento con baja frecuencia, 13,9%.

Son los pacientes diagnosticados de psicosis y de patología de la personalidad los que con mayor frecuencia continúan el tratamiento. Es preciso

destacar que, el 83,3% de los pacientes que fueron diagnosticados de psicosis continúan el tratamiento en esta Unidad.

Es preciso señalar que se han eliminado, un paciente diagnosticado de Deficiencia Mental y dos sujetos diagnosticados de Variaciones de la Normalidad. Estos tres sujetos que precisaron tratamiento, se encuentran dados de alta clínica.

El hecho de que dos sujetos diagnosticados de Variación de la Norma y se les indicara tratamiento, puede entenderse, por la interrelación entre la dinámica familiar y las expectativas y temores de los padres que, nos hace en algún caso indicar algún tratamiento a nivel preventivo que puede evitar una patología posterior.

Analizando cada categoría diagnóstica, nos permite realizar las siguientes observaciones:

PSICOSIS

Los pacientes diagnosticados de psicosis en el 83,3% , continúan el tratamiento después de los 24 meses de haber acudido a esta Unidad. Todos los pacientes que presentan esta patología aceptan el tratamiento propuesto. Solo uno abandona y ninguno ha sido dado de alta.

PATOLOGIA DE LA PERSONALIDAD

Los pacientes diagnosticados de patología de la personalidad en su mayor frecuencia continúan el tratamiento, 44,8%.

La no adhesión a las indicaciones del clínico es elevada, el 13,8% no acepta y abandonan el 17,2% de los pacientes con este diagnóstico. Globalmente la no adherencia a las indicaciones del clínico es el 31% .

NEUROSIS

Los pacientes diagnosticados de neurosis se encuentran dados de alta clínica, en el 47,8%. Solo continúan un 13,9%. Los abandonos, 23,5% y la no aceptación del tratamiento, 14,8%, es elevada en los pacientes con este diagnóstico.

TRASTORNOS REACTIVOS

Ningún paciente diagnosticado de **trastornos reactivos** continúa el tratamiento. En un 80,4%, se encuentran dados de alta clínica. Estos pacientes, junto a los diagnosticados de psicosis son los que más aceptan las indicaciones del terapeuta.

TRASTORNOS INSTRUMENTALES

Ningún paciente diagnosticado de **trastornos instrumentales** continua el tratamiento en esta Unidad. En un 58,3% han sido dados de alta clínica. Es preciso señalar el elevado porcentaje de niños que no aceptan las propuestas terapéuticas. Este hecho posiblemente se pueda entender, como anteriormente se ha analizado, en la discordancia en la búsqueda de ayuda y el tipo de respuesta asistencial.

TRASTORNOS SOMATICOS Y/O DEL COMPORTAMIENTO

Los pacientes diagnosticados de **trastornos somaticos y/o del comportamiento** en un 71,4% han sido dados de alta clínica, solo un sujeto continua el tratamiento propuesto. El abandono del tratamiento en los pacientes diagnosticados con estos trastornos es poco frecuente 9,5%.

Con objeto de dar respuesta a la hipótesis de trabajo N° 8, hemos necesitado recodificar las categorías diagnósticas (Tabla 59), ya que tal como lo hemos presentado en la tabla anterior (Tabla 58), el Chi-Cuadrado no reunía las condiciones mínimas de aplicabilidad.

A raíz de estos datos podemos expresar las relaciones significativas existentes entre las categorías diagnósticas agrupadas y la diferente continuidad de los tratamientos en esta Unidad:

Si englobamos, **Psicosis y Patología de la Personalidad**, como categorías diagnósticas que presentan **mayor gravedad** y los **Trastornos Reactivos** como el diagnóstico que presenta **menor gravedad** podemos expresar las siguientes relaciones significativas :

"A mayor gravedad mayor continuidad en los tratamiento, y menos frecuencia de altas clínicas dadas".

"A menor gravedad, ningún paciente continua el tratamiento en esta Unidad y mayor frecuencia de altas clínicas se han dado".

"La no aceptación es significativamente mayor en los pacientes diagnosticados de T. Instrumentales, Somáticos y/o Comportamentales".

"El abandono del tratamiento es mayor en los pacientes diagnosticados de neurosis".

"El mayor número de altas clínicas han sido dadas a los pacientes diagnosticados de T. Reactivos".

"Los niños y adolescentes diagnosticados de Psicosis y Patología de la Personalidad, son los pacientes que con mayor frecuencia continúan en esta Unidad".

**TABLA 58. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y
DIAGNOSTICO PRINCIPAL.**

CATEGORIAS	NO ACEPTAN T.T.	ABANDONAN T.T.	ALTA CLINICA	CONTINUAN T.T.	TOTAL
Psicosis	---	1 16,7 2,3	---	5 83,3 14,3	6
Neurosis	17 14,8 48,6	27 23,5 61,4	55 47,8 41,6	16 13,9 45,7	115
Patología Personalidad	4 13,8 11,4	5 17,2 11,4	7 24,1 5,3	13 44,8 31,7	29
T.Reactivos	5 9,8 14,3	5 9,8 11,4	41 80,4 31,1	---	51
Trastornos Instrumental	6 25,0 17,3	4 16,7 9,0	14 58,3 10,6	---	24
T.Somaticos y/o Comport.	3 14,3 8,5	2 9,5 4,5	15 71,4 11,4	1 4,8 2,9	21
TOTAL	35	44	132	35	246

Chi-Cuadrado = No reúne las condiciones mínimas de aplicabilidad.

TABLA 59. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y AGRUPACION DIAGNOSTICA.

CATEGORIAS	NO ACEPTAN T.T.	ABANDONAN T.T.	ALTA CLINICA	CONTINUAN T.T.	TOTAL
Psicosis y Patología Personali.	4 11,4 11,4	6 17,1 13,6	7 20,0 5,3	18 51,5 51,4	35
Neurosis	17 14,8 48,6	27 23,5 61,4	55 47,8 41,7	16 13,9 45,7	115
T.Reactivos	5 9,8 14,3	5 9,8 11,4	41 80,4 31,0	--- --- ---	51
T.Instrument T.Somati y/o comportam.	9 20,0 25,7	6 13,3 13,6	29 64,4 22,0	1 2,3 2,9	45
TOTAL	35	44	132	35	246

Significatividad : .00000

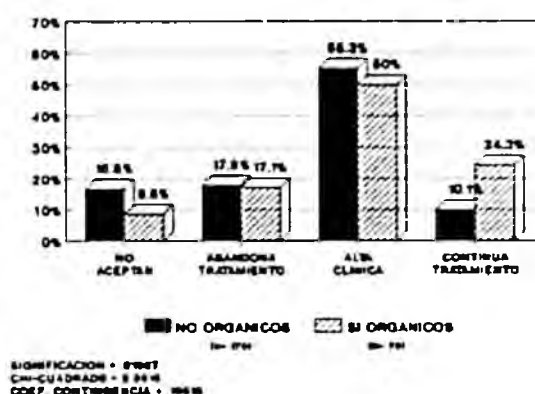
Chi-Cuadrado: 68.13242

Coefficiente de Contingencia: .46572

3.3.10. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y FACTORES ORGANICOS

La relación significativa entre ambas variables, $p = .01987$, nos permite realizar los siguientes análisis en cada uno de los grupos establecidos:

Presentamos a continuación el gráfico con los porcentajes en función de la variable factores orgánicos en los diferentes grupos.



* No aceptan el tratamiento:

La aceptación del tratamiento propuesto por los clínicos es significativamente mayor, en los pacientes que presentan factores orgánicos reseñados en el Eje II-I (CFTMEA) Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente.

Son los pacientes que no presentan factores orgánicos, los que más rechazan el tratamiento propuesto, 16,8%.

* Abandonan el tratamiento:

No existen prácticamente diferencias en cuanto a la variable factores orgánicos y su relación con el abandono durante el tratamiento. Son mínimamente superiores los abandonos, 17,9%, cuando los pacientes no tienen factores orgánicos.

*** Alta clínica:**

Los pacientes con factores orgánicos en un 50% han sido dados de alta clínica.

Entre los pacientes que no presentan factores orgánicos, la frecuencia de altas clínicas es algo superior, 55,3%.

*** Continúan el tratamiento:**

La continuidad del tratamiento en los pacientes con factores orgánicos, es significativamente mayor, 24,3%. De los 35 pacientes que continúan el tratamiento casi la mitad, 48,6%, presentan factores orgánicos reseñados en la Clasificación Diagnóstica (CFTMEA).

Como conclusión de los análisis realizados, podemos expresar que la presencia de factores orgánicos se relaciona de manera significativa en la mayor adherencia a las indicaciones del clínico y en la prolongación del tratamiento.

Por lo contrario, ante la no existencia de factores orgánicos, más rechazan las propuestas del tratamiento, existe mayor frecuencia de altas clínicas y es significativamente menor la prolongación de los tratamientos.

TABLA 60. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y FACTORES ORGANICOS:

CATEGORIAS	NO ACEPTAN T.T.	ABANDONAN T.T.	ALTA CLINICA	CONTINUAN T.T.	TOTAL
No Orgánicos	30 16,8 83,3	32 17,9 72,7	99 55,3 73,9	18 10,1 51,4	179
Si Orgánicos	6 8,6 16,7	12 17,1 27,3	35 50,0 26,1	17 24,3 48,6	70
TOTAL	36	44	134	35	249

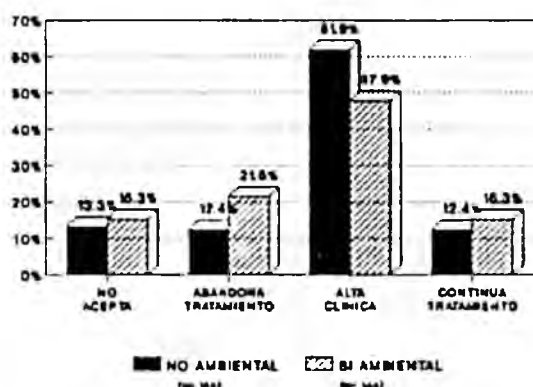
Significatividad de la relación: .01978

Chi-Cuadrado: 9.86151

Coeficiente de Contingencia: .19518

3.3.11. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y FACTORES AMBIENTALES

No existe relación significativa entre los diferentes modos de continuidad terapéutica establecidos y los factores y condiciones del medio. A pesar de ello, el cruce entre ambas variables nos permite realizar en nuestro estudio las siguientes observaciones descriptivas en cada uno de los grupos establecidos.



* No aceptan el tratamiento:

Los pacientes que presentan factores ambientales o de desarrollo en el Eje II- 2.1 (CFTMEA), tienden con mayor frecuencia a rechazar el tratamiento propuesto por los clínicos.

* Abandonan el tratamiento;

También en este grupo, observamos una mayor frecuencia a interrumpir el tratamiento ya iniciado cuando se han reseñado factores de desarrollo en los pacientes.

* Alta clínica:

La frecuencia de altas clínicas es mayor, en los pacientes que no presentan factores de desarrollo, 61,9%.

*** Continúan el tratamiento:**

La continuidad del tratamiento en los pacientes con factores de desarrollo es más frecuente, 15,3%. De los 35 pacientes que continúan el tratamiento, en un 62,9% presentan factores de desarrollo reseñados en la Clasificación Diagnóstica (CFTMEA). Tal como indican los datos de la tabla 61, son los niños con maltrato, 60%, los que continúan con una mayor frecuencia.

Como conclusión de los análisis realizados, podemos expresar que los pacientes que presentan factores ambientales y/o de desarrollo, existe mayor frecuencia a rechazar las propuestas del clínico (no aceptación y abandono del tratamiento). También en estos pacientes, las altas clínicas son menos frecuentes, y la prolongación de los tratamientos en esta Unidad es mayor.

TABLA 61. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y FACTORES AMBIENTALES

CATEGORIAS	NO ACEPTAN T.T.	ABANDONAN T.T.	ALTA CLINICA	CONTINUAN T.T.	TOTAL
20. No Fact. Ambientales	14 13,3 38,9	13 12,4 29,5	65 61,9 48,5	13 12,4 37,1	105
21. T.Mental Familia	8 15,7 22,2	12 23,5 27,3	24 47,1 17,9	7 13,7 20,0	51
22 Carencias.	2 18,2 5,6	4 36,4 9,1	4 36,4 3,0	1 9,1 2,9	11
23 Maltrato	--- --- ---	1 20,0 2,3	1 20,0 0,7	3 60,0 8,6	5
24. Ruptura Vínculos	1 4,8 2,8	5 23,8 11,3	12 57,1 9,0	3 14,3 8,6	21
25. Contexto Familiar	3 7,1 8,3	8 19,0 18,2	12 59,5 18,7	6 14,3 17,1	42
29. No Infor.	8 58,3 22,2	1 8,3 2,3	3 16,7 2,2	2 16,7 5,7	14
TOTAL	36	44	134	35	249

Chi-Cuadrado: No reúne las condiciones mínimas de aplicabilidad.

TABLA 62. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y FACTORES AMBIENTALES AGRUPADOS.

CATEGORIAS	NO ACEPTAN T.T.	ABANDONAN T.T.	ALTA CLINICA	CONTINUAN T.T.	TOTAL
No Ambiental	14 13,3 38,9	13 12,4 29,5	65 61,9 48,5	13 12,4 37,1	105
Si Ambiental	22 15,3 61,1	31 21,5 70,5	69 47,9 51,5	22 15,3 62,9	144
TOTAL	36	44	134	35	249

Significatividad: .14836

Chi-Cuadrado: 5.60415

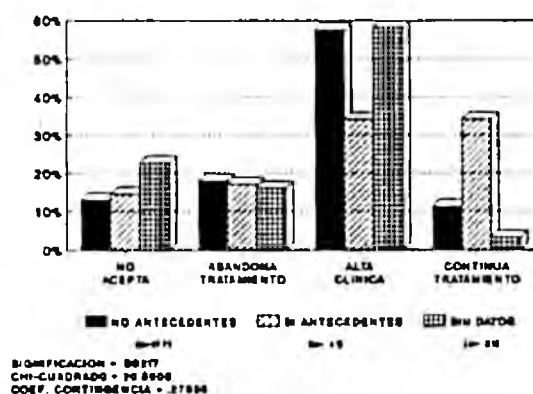
Coefficiente de contingencia: .14836

3.3.12. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DE LOS PADRES

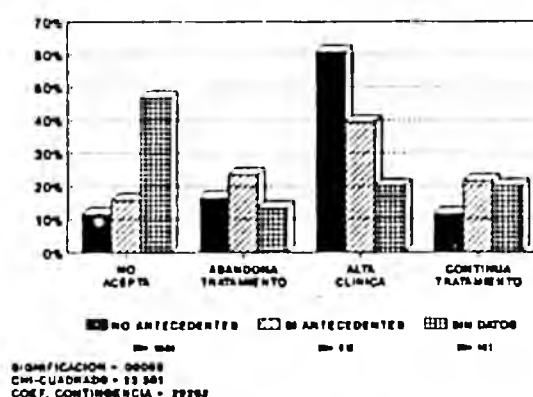
Existe relación significativa entre la diferente continuidad terapéutica y los antecedentes psiquiátricos del padre $P=.00217$ y los antecedentes psiquiátricos de la madre $P=.00069$.

Presentamos a continuación el gráfico con los porcentajes, en función de la variable antecedentes psiquiátricos de los padres en los diferentes grupos.

PADRE



MADRE



* No aceptan el tratamiento:

Ante los antecedentes psiquiátricos de los padres, podemos analizar que son los pacientes cuyos padres no tienen antecedentes psiquiátricos, los que menos rechazan las propuestas terapéuticas.

Al contrario, los pacientes, que con mayor frecuencia rechazan la iniciación del tratamiento, son los que no existen datos de los antecedentes

psiquiátricos, tanto del padre como de la madre. Podemos inferir de estos resultados que, cuando no existen datos de los antecedentes psiquiátricos de los padres, el rechazo a iniciar el tratamiento es significativamente mayor.

*** Abandonan el tratamiento:**

Aunque prácticamente no existen diferencias entre los antecedentes psiquiátricos del padre con respecto al abandono, observamos que abandonan con más frecuencia el tratamiento, los pacientes cuyo padre no tiene antecedentes psiquiátricos.

La situación en la madre es diferente. Los pacientes cuya madre tiene antecedentes psiquiátricos, son los que significativamente más abandonan el tratamiento.

*** Alta clínica:**

Los pacientes a los que se han reseñado antecedentes psiquiátricos en el padre, son los que con menor frecuencia han sido dados de alta clínica.

También la frecuencia de altas clínicas es menor cuando no existen datos de los antecedentes psiquiátricos de la madre, solo en un 20% han sido dados de alta clínica. Ante esta variable "sin datos" en la situación del padre ocurre lo contrario. Se han dado de alta clínica un 58,1%.

Los pacientes cuyas madres no tienen antecedentes psiquiátricos, son los que más han sido dados de alta clínica, 60,7%.

*** Continúan el tratamiento:**

Es significativamente mayor la tendencia a continuar el tratamiento en esta Unidad, en los pacientes cuyos padres tienen antecedentes psiquiátricos. También, continúan con alta frecuencia, 20%, los pacientes que no existen datos de los antecedentes psiquiátricos de la madre.

Como conclusión de los datos analizados, podemos expresar que, son los pacientes cuyos padres tienen antecedentes psiquiátricos, los que más continúan el tratamiento en esta Unidad y los que menos frecuentemente han sido dados de alta clínica.

También es preciso señalar el mayor " riesgo" en los pacientes cuando no existen datos de la madre. Se observa que el rechazo a iniciar el tratamiento es elevado, las altas clínicas son poco frecuentes y hay una mayor frecuencia a prolongarse el tratamiento en esta Unidad.

**TABLA 63. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y
ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DEL PADRE.**

CATEGORIAS	NO ACEPTAN T.T.	ABANDONAN T.T.	ALTA CLINICA	CONTINUAN T.T.	TOTAL
No antecedentes	23 13,0 63,9	32 18,1 72,2	102 57,6 76,2	20 11,3 57,1	177
Sí antecedentes	6 14,6 16,7	7 17,1 15,9	14 34,1 10,4	14 34,1 40,0	41
Sin datos	7 22,6 19,4	5 16,1 11,4	18 58,1 13,4	1 3,2 2,9	31
TOTAL	36	34	134	35	249

Significatividad de la relación: .00217

Chi-Cuadrado : 20.59055

Coefficiente de Contingencia: .27636

**TABLA 64. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y
ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DE LA MADRE.**

CATEGORIAS	NO ACEPTAN T.T.	ABANDONAN T.T.	ALTA CLINICA	CONTINUAN T.T.	TOTAL
No antecedentes	21 11,5 58,4	30 16,4 68,2	111 60,7 82,9	21 11,5 60,0	183
Sí antecedentes	8 15,7 22,2	12 23,5 27,3	20 39,2 14,9	11 21,6 31,4	51
Sin datos	7 46,7 19,4	2 13,3 4,5	3 20,0 2,2	3 20,0 8,6	15
TOTAL	36	34	134	35	249

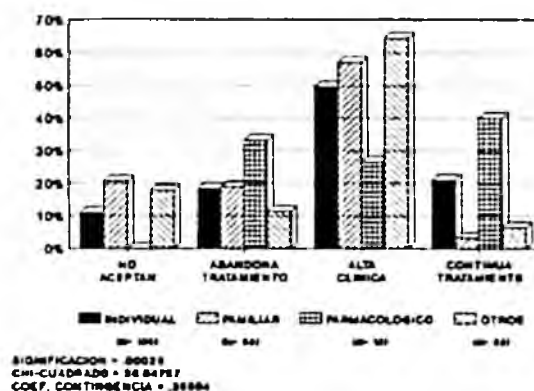
Significatividad de la relación: .00069

Chi- Cuadrado:23.35170

Coefficiente de Contingencia : .29282

3.3.13. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y TIPO DE TRATAMIENTO INDICADO

La relación significativa entre la diferente continuidad terapéutica y el tipo de tratamiento indicado, nos permite realizar los siguientes análisis en cada uno de los grupos establecidos.



Presentamos a continuación el cuadro en función de los grupos establecidos respecto a la variable tipo de tratamiento indicado, señalando los porcentajes más o menos frecuentes.

Se han agrupado en la categoría "otros", los tratamientos de apoyo-seguimiento, tratamientos de relajación y tratamientos grupales, con el fin de que el Chi-Cuadrado reúna las condiciones mínimas de aplicabilidad.

CUADRO V . DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y TRATAMIENTO INDICADO

	NO ACEPTAN TRATAMIENTO	ABANDONAN	ALTA CLINICA	CONTINUAN
MAS FRECUENTE	T. Familiar 20,6%	T. Farmacol. 33,3%	"Otros" 64,5%	T. Farmacol. 40,0%
MENOS FRECUENTE	T. Farmacol. --- T. Individual 11,0%	"Otros" 11,3%	T. Farmacol. 26,7%	T. Familiar 3,2% "Otros" 6,5%

*** No aceptan el tratamiento:**

Cuando hay una indicación de terapia familiar, es significativamente mayor el rechazo a iniciar el tratamiento en nuestra Unidad. Una de cada tres familias que se les indica este tipo de tratamiento, rechazan la iniciación del mismo.

Todos los pacientes que han precisado tratamiento farmacológico, aceptan las propuestas indicadas por los clínicos.

Son también los pacientes que se les ha indicado tratamiento individual los que rechazan con una baja frecuencia las propuestas del clínico, 11%.

*** Abandonan el tratamiento:**

Los pacientes que tienen indicación de tratamiento farmacológico, son los que significativamente más abandonan el tratamiento ya iniciado, 33,3%. Es preciso señalar que todos los pacientes con esta indicación, como anteriormente se ha señalado, habían aceptado las propuestas indicadas por el clínico, pero es en el curso del tratamiento cuando lo interrumpen. Uno de cada tres pacientes que precisaron tratamiento farmacológico, abandona el curso del tratamiento.

Los pacientes que con menor frecuencia interrumpen el tratamiento son los que se les indicó terapia de apoyo, relajación o terapia grupal ("otros"), 11,3%.

*** Alta clínica:**

Los pacientes que precisaron tratamiento farmacológico, son los que significativamente menos han sido dados de alta clínica, solo en un 26,7%.

También es preciso señalar, que los pacientes a los que se les indica terapia individual, tienen una frecuencia de altas clínicas baja, 49,5%.

Son los pacientes que han tenido la indicación de terapia de apoyo, relajación o grupal, los que con mayor frecuencia han sido dados de alta clínica.

*** Continúan el tratamiento:**

Son los pacientes que precisaron tratamiento farmacológico los que más prolongan el tratamiento en esta Unidad, 40%. También con una frecuencia alta, 21,1% ,continúan los pacientes que se les indicó terapia individual.

Los pacientes cuyas indicaciones terapéuticas fueron terapia familiar u "otros" ,son los que con menor frecuencia continúan el tratamiento, solo continúan en un 3,2% y 6,5% respectivamente.

Como conclusión, a raíz de los datos analizados, podemos expresar, que son los pacientes que han tenido indicación de terapia individual y/o farmacológica, los que más aceptan la iniciación del tratamiento, los que con menor frecuencia han sido dados de alta clínica y, los que más frecuentemente continúan el tratamiento en esta Unidad.

La relación entre la indicación psicofarmacológica (aunque en Psiquiatría Infantil es muy poco frecuente y nunca de forma aislada a otro tipo de tratamiento como se ha dicho anteriormente) y la continuidad del mismo, puede deberse a la mayor gravedad de los trastornos de estos pacientes.

También es preciso destacar, la tendencia a rechazar la iniciación del tratamiento, cuando hay una indicación de terapia familiar. Podemos inferir, que las familias tienen mayor resistencia cuando se les implica en el proceso terapéutico, que cuando hay una indicación de terapia centrada prioritariamente en su hijo.

**TABLA 65. DIFERENTE CONTINUIDAD TERAPEUTICA Y
TIPO DE TRATAMIENTO INDICADO.**

CATEGORIAS	NO ACEPTA TRATAMEN.	ABANDONO	ALTA CLINICA	CONTIN.	TOTAL
T.Individual.	12 11,0 33,3	20 18,3 45,5	54 49,5 40,3	23 21,1 65,7	109
T.Familiar	13 20,6 36,1	12 19,0 27,3	36 57,1 26,9	2 3,2 5,7	63
T.Farmacologico.	— — —	5 33,3 11,4	4 26,7 3,0	6 40,0 17,1	15
Otros	11 17,7 30,6	7 11,3 15,9	40 64,5 29,9	4 6,5 11,4	62
TOTAL	36	44	134	35	249

Significatividad de la Relación: .00024

Chi-Cuadrado: 36.84767.

Coefficiente de Contingencia : .35904

3.3.14. SINTESIS Y CONCLUSIONES DE LA DIFERENTE CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO

A raíz de analizar, con la metodología descrita, las características de cada grupo " No aceptan" "abandonan" "alta clínica" y "continúan el tratamiento", con las variables analizadas, hemos podido comprobar la existencia de variables que diferencian de manera estadísticamente significativa los diferentes modos de continuidad en esta Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil ante la indicación de tratamiento, permitiendo su utilización como " índice predictivo". Las variables en las que aparecen diferencias significativas han sido: edad de los padres, por qué están preocupados, problemas de comportamiento, diagnóstico principal, factores orgánicos, antecedentes psiquiátricos de los padres y tratamiento indicado.

También hemos analizado las diferencias porcentuales con que ciertas variables intervienen en los grupos formados, permitiendo su utilización como "índices descriptivos" en los diferentes modos de continuidad terapéutica en la población estudiada.

Somos conscientes de las limitaciones del presente apartado, debido al escaso volumen de la muestra utilizada, del análisis limitado de variables que intervienen en la diferente permanencia en la Red Asistencial y como anteriormente se ha señalado , la no categorización temporal del momento en que se realiza el abandono.

Pensamos que estos datos obtenidos sobre la diferente continuidad ante la indicación de los tratamientos en Paidopsiquiatría, son poco generalizables, pero sí pueden arrojar datos importantes con vistas a poder realizar investigaciones posteriores.

A continuación se expone en este apartado, el perfil de los pacientes en cada grupo.

PERFIL DE LOS PACIENTES QUE NO ACEPTAN EL TRATAMIENTO

Los pacientes de la población estudiada que no aceptan iniciar el tratamiento propuesto por los clínicos, reúnen las siguientes características:

. No existen diferencias significativas entre la edad y la no aceptación del tratamiento. Son los púberes y los adolescentes los que rechazan con más frecuencia el tratamiento en esta Unidad.

. La no aceptación es significativamente mayor para los pacientes de madres menores de 30 años, $P = .00298$, y cuando la edad del padre es mayor de 50 años, $P = .03589$.

. Cuando la madre no trabaja fuera del hogar, (situación laboral) "no activo", la no aceptación del tratamiento es más frecuente.

. Con mayor frecuencia rechazan el tratamiento los pacientes, cuyos padres conviven unidos.

. La no aceptación del tratamiento es significativamente mayor cuando los padres expresan que no les crea molestias familiares los problemas de su hijo, alegando su preocupación sólo por el propio niño, $P = .03589$.

. Son los niños y adolescentes, enviados por el estamento escolar (maestros y COP), los que con mayor frecuencia rechazan la iniciación del tratamiento.

. La consulta fue motivada más frecuentemente por los siguientes motivos: tentativas de suicidio, tic-tartamudez, resonancia médica y problemas escolares.

. La no aceptación del tratamiento es significativamente mayor en los pacientes diagnosticados de trastornos Instrumentales, Somáticos y/o Comportamentales (Diagnóstico Principal Agrupado), $P = .00000$.

. El rechazo a iniciar el tratamiento propuesto por los clínicos es significativamente mayor cuando no presentan factores orgánicos reseñados en el Eje II-1 (CFTMEA), $P = .01978$.

. Hay mayor frecuencia a no aceptar el tratamiento cuando existen factores ambientales reseñados en el Eje II.2.1 (CFTMEA).

. La no existencia de datos en los antecedentes psiquiátricos de los padres correlacionan positivamente con la no aceptación del tratamiento. Padre $P = .00217$. Madre $P = .00069$.

. El rechazo es significativamente mayor ante la indicación de Terapia Familiar, $P = .00024$.

A continuación presentamos un cuadro resumen del perfil de los pacientes que NO ACEPTAN el tratamiento:

	SIGNIFICATIVIDAD	MAYOR FRECUENCIA
EDAD		Púberes y adolescentes
EDAD MADRE	< de 30 años $P = .00298$	
EDAD PADRE	> de 50 años $P = .00980$	
SITUACION LABORAL PADRES		Madres no activo
SITUACION FAMILIAR		Padres que conviven unidos
PORQUE ESTAN PREOCUPADOS	"por el propio niño" $P = .03589$	
QUIEN ENVIA		Estamento escolar (Maestro y COP)
MOTIVOS DE CONSULTA		Intento de suicidio Resonancia médica Tic-tartamudez P. escolares
AGRUPACION DIAGNOSTICA	T. Instrumentales T. somáticos\comport. $P = .00000$	
FACTORES ORGANICOS	No factores orgánicos $P = .01978$	
FACTORES AMBIENTALES		Sí fact. ambientales
ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DE LOS PADRES		
PADRE	Sin datos $P = .00217$	
MADRE	Sin datos $M = .00069$	
TRATAMIENTO INDICADO	Terapia Familiar $P = .00024$	

PERFIL DE LOS PACIENTES QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO

Los pacientes de la población analizada que interrumpen el tratamiento, reúnen las siguientes características:

. No existen diferencias significativas entre el abandono y la edad. En nuestro estudio son los púberes y los adolescentes los que interrumpen el tratamiento con mayor frecuencia.

. Las chicas abandonan con una frecuencia algo superior.

. El abandono es significativamente mayor cuando la edad de los padres es superior a 50 años. Madre $P = .00298$ Padre $P = .00980$.

. Con mayor frecuencia abandonan el tratamiento los pacientes cuyo padre está en paro o jubilación, situación laboral "no activo".

. Es significativamente mayor el abandono, cuando alegan los padres estar preocupados por las molestias familiares que crea el hijo en el ámbito familiar, $P = .03589$.

. Los niños y adolescentes que viven en familias sustitutivas o en instituciones, abandonan con más frecuencia.

. El motivo de consulta que alegaron prioritariamente al acudir a esta Unidad fue los problemas de comportamiento, $P = .03376$ y con mayor frecuencia los problemas de resonancia médica y los escolares.

. El abandono es significativamente más frecuente en los pacientes diagnosticados de Neurosis, $P = .00000$.

. Hay mayor frecuencia a no aceptar el tratamiento cuando existen factores ambientales reseñados en el Eje II.2.1. (CFTMEA).

. La existencia de antecedentes psiquiátricos en la madre correlaciona positivamente con el abandono del tratamiento. $P = .00069$.

. El abandono es significativamente mayor cuando los pacientes han tenido indicación farmacológica $P = .00024$.

A continuación presentamos un cuadro resumen del perfil de los pacientes que ABANDONAN el tratamiento:

	SIGNIFICATIVIDAD	MAYOR FRECUENCIA
EDAD		Púberes y adolescentes (11-15 años)
SEXO		Chicas
EDAD MADRE	Madre > de 50 años P = .00298	
EDAD PADRE	Padre > de 50 años P = .00980	
SITUACION LABORAL PADRES		Padre* no activo* (paro o jubilación)
SITUACION FAMILIAR		Fam. sustitutivas o en institución.
PORQUE ESTAN PREOCUPADOS	*molestias familiares* P= .03589	
QUIEN ENVIA		Servicios Sociales y psic. privados
MOTIVOS DE CONSULTA	P. Comportamiento P= .03376	Reson. Médica P. Escolares
DIAGNOSTICO PRINCIPAL AGRUPADO	Neurosis P= .00000	
FACTORES ORGANICOS		
FACTORES AMBIENTALES		Sí fact. Ambientales
ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS PADRES	Sí antec. madre P= .00069	
TRATAMIENTO INDICADO	T. Farmacológico P= .00024	

PERFIL DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA CLINICA

Los niños y adolescentes de la población analizada que han sido dados de alta clínica por finalización del tratamiento, reúnen las siguientes características:

. Las chicas y los pacientes que tienen edades entre los 6 y 10 años, han sido dados de alta con mayor frecuencia.

. El alta clínica ha sido más frecuente cuando las edades de los padres están entre los 31 y los 40 años.

. Ante la situación laboral de los padres, es más frecuente el alta clínica cuando el padre está en activo.

. El alta clínica es significativamente mayor cuando los padres expresan que no están preocupados por los problemas que plantea su hijo $P = .03589$.

. Son los niños y adolescentes derivados por el estamento sanitario (médicos, psiquiatras) y los que acuden por propia iniciativa, los que con mayor frecuencia han sido dados de alta clínica.

. La consulta fue motivada más frecuentemente por los siguientes motivos: pronunciación, miedos-fobias y trastornos del sueño.

. El alta clínica es significativamente mayor en los niños y adolescentes diagnosticados de trastornos Reactivos $P = .00000$.

. La no existencia de antecedentes psíquicos en la madre correlaciona positivamente con el alta clínica $P = .00069$.

. Hay mayor frecuencia al alta clínica cuando no existen ni factores orgánicos ni factores ambientales, Eje II (CFTMEA).

. Las indicaciones terapéuticas han sido prioritariamente: T. apoyo-seguimiento, relajación y tratamiento grupal ("Otros"), $P = .00024$.

A continuación presentamos un cuadro resumen de los pacientes que han sido dados de ALTA CLÍNICA por finalización del tratamiento:

	SIGNIFICATIVIDAD	MAYOR FRECUENCIA
EDAD		Pacientes de 6 a 10 años
SEXO		Chicas
EDAD MADRE		31-40 años
EDAD PADRE		31-40 años
SITUACION LABORAL PADRES		Padre en activo
SITUACION FAMILIAR		Padres separados
POR QUE ESTAN PREOCUPADOS	"No están preocupados" P = .03589	
QUIEN ENVIA		E. Sanitario (médicos, psiquiatras) y propia iniciativa.
MOTIVOS DE CONSULTA		P. de pronunciación Miedos y fobias T. de sueño
DIAGNOSTICO PRINCIPAL AGRUPADO	T. reactivos P = .00000	
FACTORES ORGANICOS		No fact. orgánicos
FACTORES AMBIENTALES		No fact. desarrollo
ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS PADRES	Madre sin antece. P = .00069	
TRATAMIENTO INDICADO	"Otros" P = .00024	

PERFIL DE LOS PACIENTES QUE CONTINÚAN EL TRATAMIENTO

Los pacientes de la población analizada que continúan el tratamiento a los 24 meses de acudir a esta Unidad, reúnen las siguientes características:

. La edad no influye en la continuidad del tratamiento. Son los pacientes más pequeños(0-5 años) los que continúan con una frecuencia algo superior.

. Ante la variable sexo, observamos que son los chicos los que continúan con mayor frecuencia. Sex-ratio de la continuidad en el tratamiento es de 3'5.

. La continuidad del tratamiento en esta Unidad es significativamente más elevada para los pacientes de padres más jóvenes. Madre, $P = .00298$ y Padre, $P = .00980$.

. Con mayor frecuencia continúan los pacientes, cuyo padre está en paro o jubilación y cuando la madre está en activo.

. Los niños y adolescentes que viven en familias sustitutivas o en instituciones, son los que con mayor frecuencia continúan el tratamiento en esta Unidad.

. La continuidad es significativamente más elevada ,cuando los padres alegaron estar preocupados por las molestias familiares que el paciente crea en el ámbito familiar. $P = .03589$.

. Los pacientes enviados por los Servicios Sociales y por los psicólogos privados, son los que con mayor frecuencia continúan en esta Red Asistencial.

. Los motivos de consulta que con mayor frecuencia manifestaron, fueron los problemas de desarrollo y trastornos en la alimentación.

. Existe relación significativa entre los diagnósticos agrupados y los pacientes que continúan el tratamiento $P=.00000$. La continuidad del tratamiento es significativamente mayor en los pacientes diagnosticados de psicosis y de patología de la personalidad.

. La presencia de factores orgánicos ,influye de manera significativa en la continuidad del tratamiento $P=.01978$

. Hay mayor frecuencia en la continuidad del tratamiento cuando se han reseñado factores ambientales o condiciones del medio Eje II 2.1.

. Los antecedentes psiquiátricos tanto del padre como de la madre, correlacionan positivamente en la continuidad del tratamiento de sus hijos. Antecedentes psiquiátricos del padre $P=.00217$ y de la madre $P=.00069$.

. La continuidad es significativamente más elevada en los pacientes que precisaron tratamiento farmacológico $P= .00024$.

A continuación presentamos un cuadro resumen de los pacientes que CONTINUAN el tratamiento a los 24 meses de acudir a esta Unidad:

	SIGNIFICATIVIDAD	MAYOR FRECUENCIA
EDAD		Pacientes más pequeños (0-5 años)
SEXO		Chicos
EDAD MADRE	< de 30 años P = .00298	
EDAD PADRE	< de 30 años P = .00980	
SITUACION LABORAL PADRES		Padre paro-jubilación. Madre "en activo"
SITUACION FAMILIAR		Familias sustitutivas o Institución
PORQUE ESTAN PREOCUPADOS	Molestias familiares P = .00298	
QUIEN ENVIA		S. Sociales y "otros"
MOTIVOS DE CONSULTA		P. desarrollo P. alimentación
DIAGNOSTICO PRINCIPAL AGRUPADO	Psicosis P. Personalidad P = .00000	
FACTORES ORGANICOS	Sí fact.orgánicos P = .01978	
FACTORES AMBIENTALES		Sí fact. ambientales
ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS PADRES	Sí ant. padre P = .00217 Sí ant. madre P = .00069	
TRATAMIENTO INDICADO	T. farmacológico P = .00024	

**IV. P A R T E :
REVISION DE NUESTROS RESULTADOS
Y
OTROS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS**

IV. REVISIÓN DE LOS RESULTADOS DE NUESTRA INVESTIGACIÓN Y OTROS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS

El objetivo de este capítulo es, analizar los resultados de esta investigación y los obtenidos en otras investigaciones epidemiológicas.

Con anterioridad hemos expuesto, las dificultades para realizar verdaderos estudios comparativos, al encontrarnos ante investigaciones realizadas mediante instrumentos diferentes , sometidos a grandes variaciones en el contexto y realizados bajo criterios no uniformes.

La dificultad de tabular los motivos de consulta en un registro estandarizado y con criterios excluyentes, cara a contrastar los diferentes estudios epidemiológicos en Paidopsiquiatría, no ha sido todavía resuelto. Se ha omitido esta variable en este apartado por la falta de criterios operativos comunes en la definición de los motivos de consulta en los estudios analizados. Igualmente, la falta de criterios homologados que pauten de manera objetiva los aspectos que configuran cada una de las actividades asistenciales ha impedido que puedan ser revisados y analizados.

En este apartado, se dará especial relevancia a las publicaciones de E. Serrano y J. Pedreira (1990) sobre los estudios realizados en los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil de Oviedo y Avilés, así como a los resultados del estudio epidemiológico sobre la demanda realizado por M. Hernaz (1991) en el Centro de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Uribe-Costa (Vizcaya), ya que ambos Centros son de características similares al nuestro, tanto en el tipo de asistencia como en la filosofía asistencial, así como en el tiempo de funcionamiento. Uno

de los aspectos que difieren es el límite de edad asistencial, en Oviedo es de 14 años y en el Centro de Uribe-Costa no hay límite establecido, mientras que en el nuestro, como se ha expresado anteriormente, es hasta los 16 años.

Al realizar esta revisión, también nos basaremos en los estudios publicados, que han utilizado la misma Clasificación Diagnóstica (CFTMEA), sobre todo el realizado por Quemada y publicado en la revista *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* (1990).

4.1. EDAD

Como anteriormente se ha señalado, la edad, en Psiquiatría Infanto-Juvenil, constituye un factor esencial por las propias características de su objeto de estudio: el niño y su continua evolución.

Es preciso hacer referencia al analizar los resultados de diferentes estudios, al problema de la ausencia de una delimitación clara de la edad en los Servicios de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Las diferencias observadas en las demandas ante la variable edad, varían en función de los factores asistenciales, tanto por la existencia o no de Unidades específicas de atención al niño y al adolescente, como por el límite de edad establecido en los diferentes Servicios Asistenciales en Psiquiatría Infantil.

Respecto a la etapa de la adolescencia, por sus propias características, "lugar de cruce entre el mundo infantil y el mundo del adulto", provoca la misma tesitura en el tema Asistencial encontrándose dividida esta etapa entre los consultorios de Adultos y los de Infantil.

Exponemos a continuación los porcentajes obtenidos según los intervalos de edad, en las demandas de diferentes Unidades de Psiquiatría Infantil y nuestra Unidad.

TABLA 66. DISTRIBUCION DE LAS PETICIONES DE CONSULTA SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN DIFERENTES UNIDADES DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL Y NUESTRA UNIDAD.

EDAD	1	2	3	4	5	6	*
0-4 años	9,6	12,5	14,6	3,0	13,5	14,4	17,0
5-9 años	51,0	54,0	52,8	57,5	50,8	44,0	46,9
10-14 años	30,3	28,5	26,0	34,5	29,0	29,7	41,5
15-19 años	5,9	5,0	6,5	5,5	6,3	11,7	4,6

1 INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL CENTRO DE ALFRED BINET DE PARIS (1970-1971) R. SADOUN, F. CASADEBAIG y F. HATTON, con una población de 1.230 sujetos

2 INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL CENTRO DE ALFRED BINET DE PARIS (1970-1975) F. CASADEBAIG, A. CHEVALIER, R. DIARTKINE y S. LÉBOVICI.

3. INVESTIGACIÓN REALIZADA POR E. JONGEN, G. MOUVET, y A. WUIDAR (1973)

4 INVESTIGACIÓN REALIZADA POR R. BRUN-NEY, D. BLOND y D. GOLLA (1984), tomando una muestra de 323 sujetos

5 INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL DE LOIRA-ATLANTIQUE (1985). F. QUESADA y M. QUEMADA. El número de sujetos es de 1.308

6 INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL DE URIBE COSTA (1986-1987) M. HERNANZ, con una muestra de 752 sujetos

* NUESTRA INVESTIGACION. UNIDAD DE PSIQUIATRIA INFANTIL DE ALAVA

TABLA 67. DISTRIBUCIÓN DE LAS PETICIONES DE CONSULTA SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN DIFERENTES UNIDADES DE PSIQUIATRIA INFANTIL Y NUESTRA UNIDAD.

EDAD	1	2	3	4	5	6	7	*
0-5 años	18,9	27,7	8,4	17,4	10,0	23,5	15,4	27,8
6-10 años	59,0	51,3	58,1	58,8	50,0	47,4	40,8	42,8
11-15 años	22,1	21,0	33,5	23,8	40,0	28,0	28,3	29,4

1. INVESTIGACIÓN REALIZADA POR J. I. ANDONEGUI (1979). MUESTRA DE 527 SUJETOS (4-15).

2. INVESTIGACIÓN REALIZADA POR M. SUNYER (1982) SOBRE LOS MOTIVOS DE CONSULTA EN PSIQUIATRIA INFANTIL EN BASURTO. CON UNA POBLACIÓN DE 1.161 SUJETOS.

3. INVESTIGACIÓN REALIZADA POR J. M. OCAÑA (1982) EN EL HOSPITAL DE PSIQUIATRIA INFANTIL DE SAN RAFAEL DE MADRID, CON UNA MUESTRA DE 439 SUJETOS.

4. INVESTIGACIÓN REALIZADA EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL DE FOClEDE (GRECIA) POR P. SAKELLAROPOULOS (1990). CON UNA MUESTRA DE 409 SUJETOS.

5. INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTIL DE OVIEDO. E. SERRANO (1990).

6. INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTIL DE AVILES. J. PEDREIRA (1990)

7. INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL CENTRO DE URIBE-COSTA (VIZCAYA). M. HERNANZ (1990).

* NUESTRA INVESTIGACIÓN. UNIDAD DE PSIQUIATRIA INFANTIL DE ALAVA

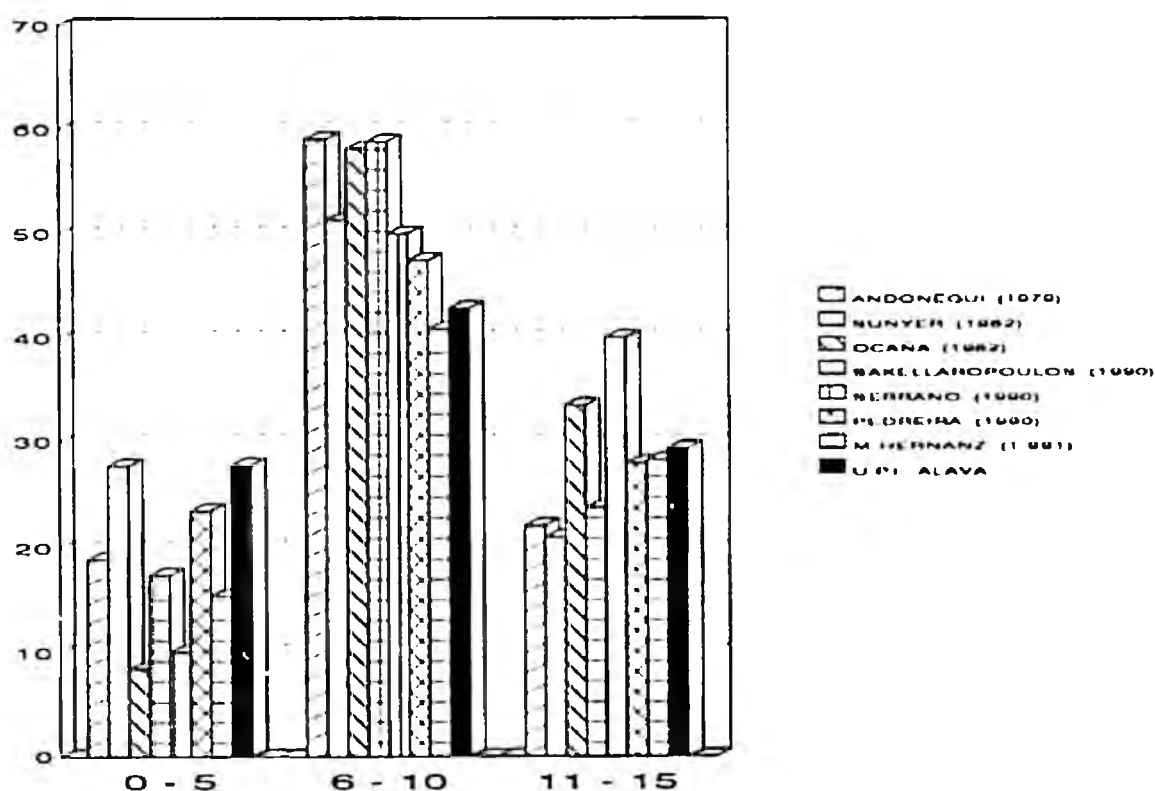
Atendiendo a la reagrupación en categorías más "universales" como se ha expuesto en la tabla 67, podemos expresar lo siguiente:

En todos los estudios descritos como en el nuestro, el mayor número de consultas se realizan en las edades de 6 a 10 años.

Nuestra investigación, junto con la realizada por Sunyer, son las que reciben mayor demanda en las primeras edades.

El alto porcentaje de niños que demandan consulta en la primera infancia en nuestra Unidad, 27'8% y concretamente un 10'7% de 1 a 3 años, se podrían comprender si analizamos el aumento de la sensibilidad de los pediatras y las coordinaciones del estamento médico con nuestra Unidad. Este dato, cabe subrayarlo por, la posibilidad de detectar tempranamente las dificultades y de esta forma lograr la prevención.

GRÁFICO 43. RESULTADOS DE LA EDAD EN DIFERENTES UNIDADES DE PSIQUIRRIA INFANTIL Y NUESTRA UNIDAD



4.2. SEXO

A continuación exponemos los resultados de diversos trabajos epidemiológicos, que hacen referencia a la variable sexo y los de nuestra investigación.

TABLA 68. DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS SEGÚN EL SEXO: PORCENTAJES Y SEX-RATIOS.

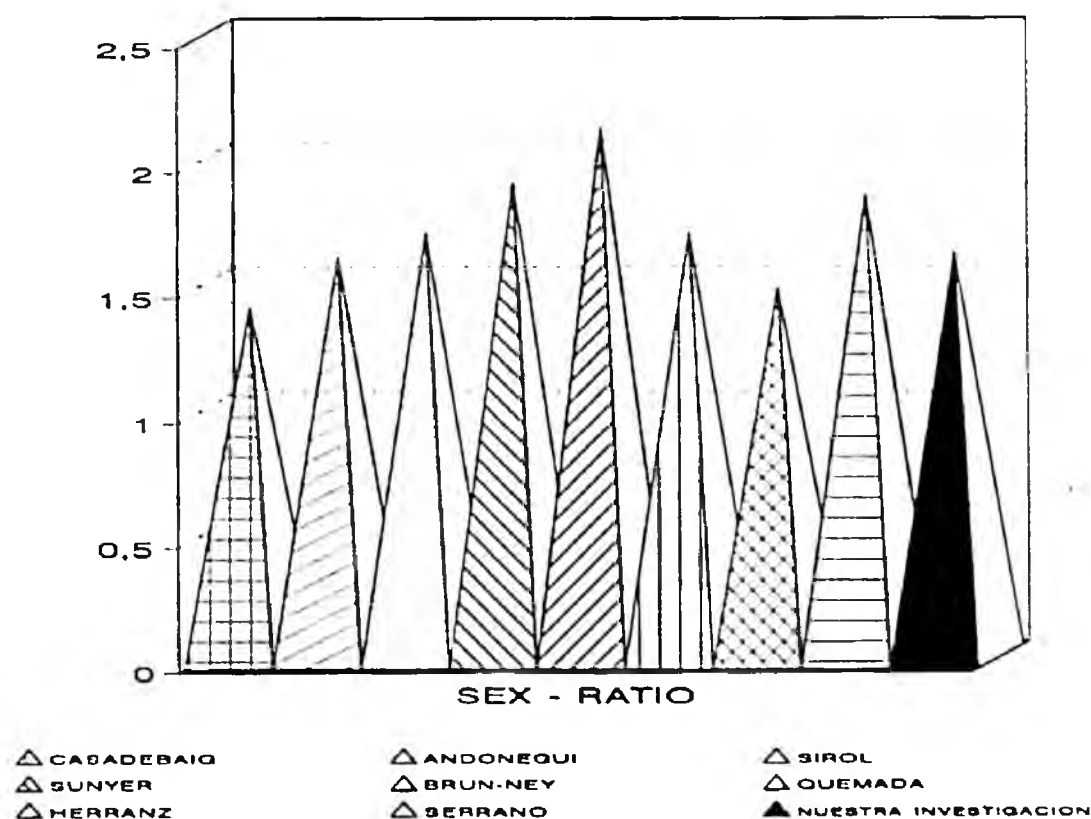
	VARÓN	HEMBRA	SEX RATIO
F. CASADEBAIG, R. SADOLIN y F. HATON (1976). N= 1663 suj.	57,6	42,4	1,40
J. I. ANDONEGUI (1979) N= 527 sujetos.	60,9	39,1	1,60
F. SIROL (1979) N= 1516 sujetos.	63,0	37,0	1,70
M. SUNYER (1982) N= 1161 sujetos.	65,8	34,2	1,90
P. BRUN-NEY, D. BLOND y D. GOLA (1984) N= 323 suj.	68,0	32,0	2,12
N. QUEMADA (1988) N= 57500 sujetos.	51,4	29,9	1,70
M. HERNANZ (1990) N= 752 sujetos.	59,7	40,3	1,48
E. SERRANO (1990) N= 1120 sujetos.	65,0	35,0	1,85
A. ANGULO (1992) N= 1365 sujetos.	67,2	32,8	2,04
* Nuestra investigación	62,0	38,0	1,63

Se confirma en nuestro estudio lo hallado en todos los estudios precedentes, respecto a la suprerrepresentación de chicos frente a las chicas en las demandas de Psiquiatría Infantil.

El porcentaje mínimo de varones en los estudios analizados es del 57'6% y el máximo del 68%. En nuestra Unidad, el porcentaje de sujetos varones ha sido del 62%, más cerca del máximo que del mínimo. Estas diferencias que son originadas por los límites de edad de atención en los Servicios de Psiquiatría Infanto-Juvenil, no dejan lugar a dudas sobre la habitual sobrerrepresentación masculina.

El sexo-ratio en nuestra investigación, sin diferenciar los tramos de edad, es el 1'63. Sexo-ratio similar al estudio de Andonegui y Quemada y muy semejante al de Serrano. Las oscilaciones observadas son debidas a las edades límites de atención en los Servicios. Concretamente el estudio de Hernanz se diferencia al comprender edades superiores a los 16 años, donde la representación femenina es superior.

GRÁFICO 44. SEX-RATIO : RESULTADOS EN NUESTRA INVESTIGACION Y OTROS ESTUDIOS



4.3. SITUACIÓN FAMILIAR EN LA CONVIVENCIA DEL NIÑO

A continuación exponemos los resultados sobre la situación familiar en la convivencia del niño, incluyendo los datos de los estudios realizados por J.Andonegui (1973); R.Sadoun y Casadebaig (1976); Thevenot y N.Quemada (1989) ; M.Hernanz (1990) y nuestros resultados.

TABLA 69. CONVIVENCIA FAMILIAR. RESULTADOS DE NUESTRA INVESTIGACIÓN Y OTROS ESTUDIOS.

CATEGORIAS	1	2	3	4	5	*
Con ambos padres	66%	74,5%	79,5%	78%	87'8%	82,3%
Con uno de los padres	16%	14%	10%	13%	9%	12,5%
Con uno de los padres nuevamente emparejado	10%	6%	4,2%	4%	2%	3%
Familia extensiva adoptiva, institución.	8%	4,5%	6,3%	5%	1'2%	2,2%

1.- INVESTIGACIÓN REALIZADA POR J.I. ANDONEGUI (1973)

2.- INVESTIGACIÓN REALIZADA POR R. SADOUN, F. CASADERAIG Y F. HATON (1976)

3.- INVESTIGACIÓN REALIZADA POR J.P. THEVENOT Y N. QUEMADA (1989)

4.- INVESTIGACIÓN REALIZADA POR F. CASADERAIG Y N. QUEMADA (1989)

5.- INVESTIGACIÓN REALIZADA POR M. HERNANZ (1990)

*.- NUESTRA INVESTIGACIÓN: UNIDAD DE PSIQUIATRIA INFANTIL DE ALAVA.

Sobre los resultados de estos estudios, podemos expresar que es nuestra Unidad de Psiquiatría Infantil y la investigación realizada en el Centro de Uribe-Costa (M. Hernanz 1991), los que poseen mayor porcentaje de padres unidos. También podemos observar que en ambos estudios, el número de niños conviviendo con familias extensivas, adoptivas o en instituciones, es bajo. Este bajo porcentaje en nuestro estudio puede ser explicado, por existir centros asistenciales con personal (psicólogos, pedagogos, etc.), que descargan la derivación de estos niños a nuestra Unidad.

4.4. QUIEN ENVÍA

Se dispone abundante información de otros estudios, respecto a esta variable. Se han agrupado la variable "quien envía" en cinco categorías. A continuación presentamos la tabla correspondiente a diez investigaciones sobre los diferentes derivantes a las Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

TABLA 70. QUIEN ENVÍA: RESULTADOS DE NUESTRA INVESTIGACIÓN Y OTRAS INVESTIGACIONES: PORCENTAJES.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	*
E.Médico	31,3	14	32,3	28,7	41,7	9	12	50	16	41,8
Pro. Inic.	26,5	14,5	20,7	44,2	32,7	31	19	30	63	28,2
Escolar	25,4	50	47	15,6	15,2	49	47	10	18	19,9
S.Social.	12,4	16,5	---	---	2,4	11	15	7	1	7,4
Otros	2,6	5	---	11,5	8	--	4	3	2	2,7

1.- G. LANDONI (1968-1969)

2.- BRUNNEY (1984)

3.- J.L. ANDONEGUI (1979)

4.- M. SUNYER (1982)

5.- J.L. PEDREIRA (1990)

6.- F. CASADEBAIG y cols. (1989)

7.- J.P. THEVANOT Y N. QUEMADA (1989)

8.- E. SERRANO (1990)

9.- URIBE COSTA (1990)

10.- NUESTRA INVESTIGACIÓN.

Si analizamos los resultados observados en la tabla anterior, podemos observar diferencias importantes en los modos de envío a las Unidades de Psiquiatría Infantil entre los distintos estudios.

En las investigaciones realizadas por Brun-Ney, Andonegui, Casadebaig, Thevanot y Quemada, el mayor volumen de la demanda fue enviada por el estamento escolar.

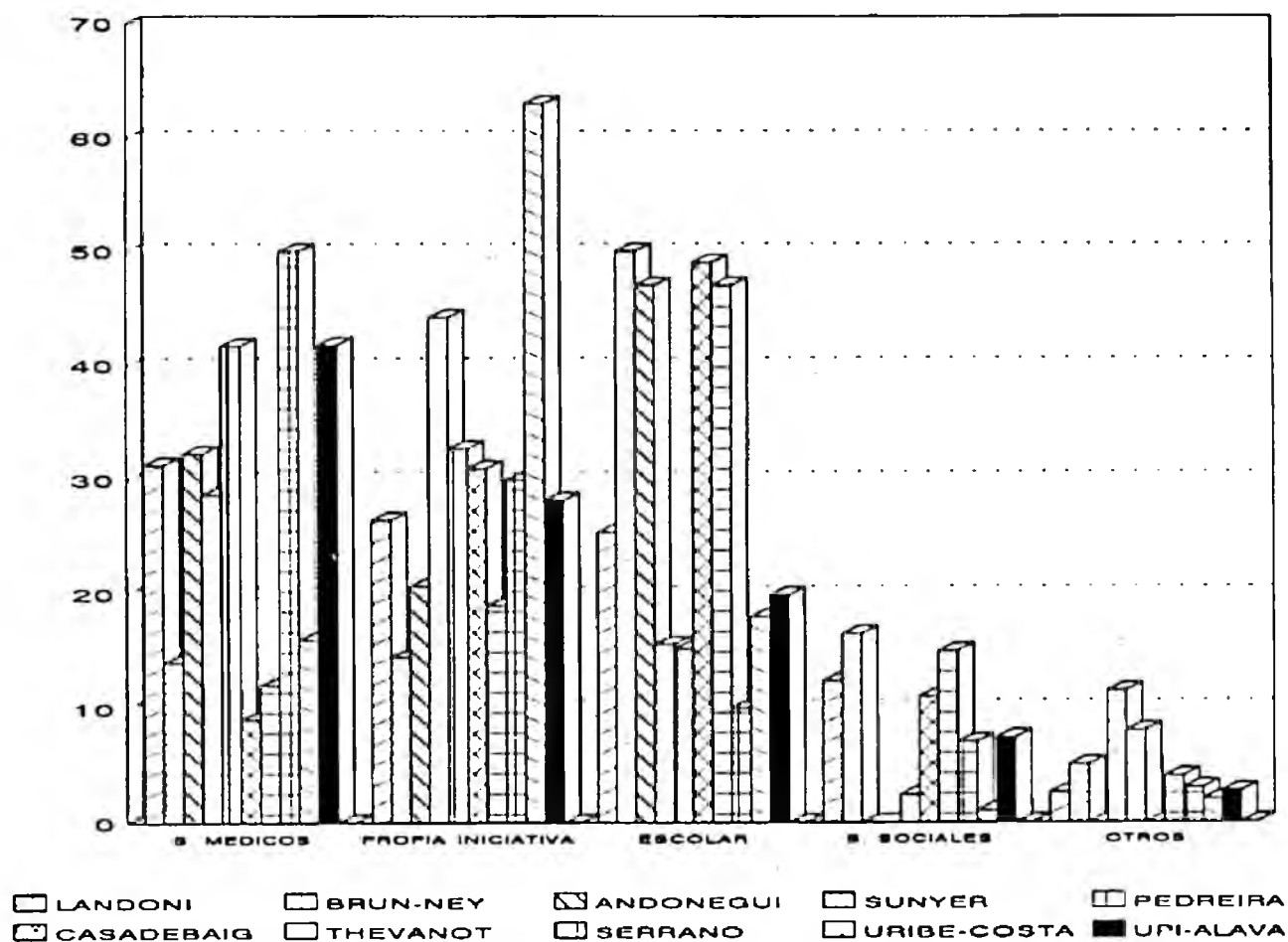
En los estudios realizados en Asturias por E.Serrano y Pedreira, el de Landoni y nuestra investigación, los profesionales que más envían a las Unidades de Psiquiatría Infantil han sido el estamento médico.

Finalmente en otros estudios, como los realizados por Sunyer y el de Uribe-Costa, la procedencia más frecuente resulta ser la propia iniciativa.

La diversidad en el modo de envío a los servicios de Psiquiatría Infantil, viene influida por el contexto y la interrelación de los servicios asistenciales existentes en el lugar que están ubicadas las Unidades. Jonger, Mouver y col., analizan la desigualdad en el modo de envío, dependiendo del país que se estudie. En Bruselas un tercio de los pacientes son derivados por los médicos, en París, más de la mitad es el estamento escolar el que deriva y en Lausanne, es la propia iniciativa la que acude a los servicios en un 32%.

Es preciso señalar la similitud de los resultados obtenidos en el modo de envío entre nuestra investigación y las realizadas en las unidades de Psiquiatría Infantil de Asturias y Oviedo. Estas Unidades y nuestro servicio son las que mayor derivaciones reciben del estamento médico.

GRAFICO 45. QUIEN ENVIA: RESULTADOS DE NUESTRA INVESTIGACION Y OTROS ESTUDIOS



4.5. DIAGNOSTICO

Hemos señalado anteriormente la dificultad de realizar estudios comparativos, al encontrarnos ante investigaciones realizadas mediante clasificaciones diagnósticas diferentes, sometidos a grandes variaciones en el contexto y realizados bajo criterios no uniformes. En este apartado se van a exponer los estudios publicados, que han utilizado la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA).

Si analizamos los datos de la siguiente tabla, podemos observar importantes diferencias en las distintas investigaciones con respecto a las categorías diagnósticas.

TABLA 71. DISTRIBUCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN FRANCESA EN DIFERENTES UNIDADES DE PSIQUIATRIA INFANTIL Y NUESTRA UNIDAD: PORCENTAJES.

	1	2	3	4	5	6	*
1. Psicosis	15	10,8	15	6,3	5,6	2,7	1,8
2. T. Neuróticos	31	22,9	25	20,8	25,8	21,5	35,5
3. P. Personalid	21	12,7	15	22,9	40,4	10,6	9,5
4. T. Reactivos	7	5,4	17,5	14,6	3,4	3,7	16,5
5. Deficiencias	5	6,2	3,5	8,3	1,1	16,4	1,2
6. T. Instrument.	14	26,9	9	2,1	11,2	7,0	14,7
7. Droga\Alcoh.	---	0,6	0,3	---	---	0,1	---
8. T. soma. Comp.	2	8,8	8	10,4	6,7	1,5	8,6
9. Varic. Norma	5	5,7	7	14,6	5,6	33,6 (1)	12,2
F. Orgánicos	18	26,1	17	17	---	---	25,4
F. de Desarrol.	71	62,1	54	54	---	---	52,0

1. QUEMADA (1988) (1990) N=57.500 (0-19 años).

2. SAKELLAROPOULOS (1990). Grecia. N= 409 (0-18 años).

3. ISPANOVIC-RADOJKOVIC (1990). Yugoslavia. N=350 (0-24 años).

4. VALLA, J. P. (1990). Montreal. N= 107 niños.

5. BOULANGER, M. (1990). Montreal. N= 107 niños.

6. ANGULO, F. (1992). Barcelona. N= 1365 niños (0-18 años). (1) No especificados.

* Nuestra investigación.

Con respecto al porcentaje en la categoría clínica Psicosis, y exceptuando los resultados obtenidos por Angulo (1992), observamos que los datos que han sido expuestos son muy superiores al 1'8% de nuestro estudio. Posiblemente la especificidad de ciertos centros, la población que atienden, y el contexto asistencial, pueda explicar estos altos porcentajes en esta categoría diagnóstica.

Resultados semejantes a los de nuestra investigación son los obtenidos en el Centro de Salud Mental Infantil de Mieres, 1'3%, (A. Sanchez, 1990) y los datos obtenidos de los Informes Técnicos del Gobierno Vasco, N° 3, 1984, donde el porcentaje de psicosis es del 1'41%.

El diagnóstico de trastornos reactivos en nuestro estudio es un 16,5%. Este alto porcentaje, puede encontrar su justificación en el hecho de abordar una población elevada en edades tempranas, cuyo psiquismo se halla en constante evolución y maduración. Semejantes resultados, encontramos en los estudios realizados por Valla en Montreal (1990) y Ispanovic en Yugoslavia (1990).

El bajo porcentaje de deficiencias mentales en nuestro estudio, como ha sido explicado en la fase segunda de nuestra investigación, se debe a la existencia de Centros Específicos de Diagnóstico y Tratamiento en nuestra provincia (Alava). La derivación y envío se canalizan hacia los citados Centros y no hacia nuestra Unidad. En esta categoría diagnóstica los menores porcentajes obtenidos han sido en los estudios de Boulanger y nuestra investigación.

Con respecto a los trastornos neuróticos, y aunque en nuestro estudio se obtiene un porcentaje alto, son similares los resultados en todas las investigaciones. Resultados semejantes a los nuestros son los obtenidos por M. Hernanz (Uribe-Costa), con el 38'8% y superiores en el estudio de Andonegui, con el 43'1% de la muestra.

En relación a la categoría Variación de la Norma, en los estudios realizados con la Clasificación Francesa (CFTMEA), se puede observar que son la investigación de Valla (1990) y los resultados de este estudio los que reciben mayor número de sujetos sin patología, datos que se oponen a los recogidos en la siguiente tabla. (En el estudio realizado por Angulo, están incluidos también los diagnósticos no especificados).

Para poder comparar la distribución que hemos obtenido en nuestro colectivo, con los obtenidos en otros estudios con clasificaciones diagnósticas diferentes, hemos tenido en cuenta sólo la categoría No Patología (o Variaciones dentro de la Norma) y Si Patología, para evitar los posibles errores, a los que nos puede llevar el considerar categorías diagnósticas no homogéneas. Los datos recogidos se exponen a continuación en la siguiente tabla:

TABLA 72. DISTRIBUCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN LA EXISTENCIA O NO DE PATOLOGÍA EN DIFERENTES ESTUDIOS Y EN NUESTRA INVESTIGACIÓN.

	1	2	3	4	*
No patología	15,4%	13%	12,8%	15%	12,2%
Sí patología	84,6%	87%	87,2%	85%	87,8

1. J. I. ANDONEGUI (1973)

2. J. I. ANDONEGUI (1979).

3. M. HERNANZ (URIBE-COSTA) (1990)

4. A. GOÑI (NAVARRA) (1991)

* NUESTRA INVESTIGACION.

Atendiendo a los datos obtenidos en la tabla anterior, podemos expresar que son similares los resultados ante las variables patología y no patología en los estudios analizados. Es nuestra Unidad, según la Tabla 72, la que menor número de sujetos recibe sin patología.

El hecho de que acudan aproximadamente el 13%-15% de sujetos sin patología a las Unidades de Psiquiatría Infantil, según datos anteriores, nos debería hacer reflexionar en la necesidad de entablar interrelaciones con los niveles asistenciales, sean sanitarios, educativos o sociales, para que los sujetos remitidos sean cada vez mejor derivados.

4.6. MOVIMIENTO ASISTENCIAL: TASAS DE INCIDENCIA Y PREVALENCIA.

En este apartado se exponen los estudios que analizan las tasas de prevalencia e incidencia en Salud Mental Infanto-Juvenil.

Los resultados globales de los estudios de prevalencia psiquiátrica comunitaria en la infancia y la adolescencia oscilan entre un 14-20 % (tabla 73), aunque la prevalencia de los trastornos severos, con mayor necesidad de atención sanitaria, es del 7% (A. Seva, 1989).

La OMS ha estimado para los países desarrollados, una prevalencia comunitaria en torno al 5-15% de niños entre 3 y 16 años con problemas psíquicos (N. Sartorius (1984), "Salud Mental Infantil: experiencia en ocho países").

TABLA 73. PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS INFANTO-JUVENILES EN ESTUDIOS COMUNITARIOS.

ESTUDIO	MUESTRA	EDAD	PREVALENCIA
Cohen (1.987) (N.York, USA)	775	9-19	16.7
Kashani (1.987) (Missouri, USA)	150	14-16	18.7
Offord (1.987) (Ontario, CAN)	2.679	4-16	19.9 (7.0)
Lavik (1.977) (Noruega)	382 101	16	19.6 (Oslo)- 7.9 Área Rur
Kuprinski(1.967) (Austral)	241	14-21	18.6
Leslie (1.974) (Blackburn,U.K.)	1.198	13-14	17.2
Lagner (N.York,USA)	1.034	6-18	17.5
D'Arcy (1.984) Canadá)	1.038	14-18	27.5
Graham&Rutter(1973) (Wight,U.K.)	2.313	14-25	21

Tabla tomada del artículo " Epidemiología Psiquiátrica y Demanda Asistencial en la Adolescencia" A. PADIERNA, C.MANJON y Cols. Psiquis 262\91

A continuación se exponen los resultados de las tasas de prevalencia de los trastornos mentales en la infancia en la práctica pediátrica. Tabla tomada del artículo "RACP en la infancia y adolescencia: Instrumento para la investigación y el seguimiento longitudinal" (Pedreira, 1992).

TABLA 74. TASAS DE PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA EN LA PRACTICA PEDIÁTRICA.

AUTOR	AÑO	TAMAÑO	TASAS
STARFIELD & al.	1980	166.398	13-25 %
GIEL & al.	1981	925	26 %
GOLDBERG & al.	1984	18.351	5,1-11,7 %
VERHULST	1985	2.076	26 %
COSTELLO	1986	126.000	16 %

Los resultados de los escasos estudios epidemiológicos que hacen referencia al movimiento asistencial, tasas de prevalencia e incidencia, realizados en nuestro país en los centros de Salud Mental Infanto-Juvenil, se exponen en la siguiente tabla:

TABLA 75. MOVIMIENTO ASISTENCIAL EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTIL: RESULTADOS DE NUESTRA INVESTIGACIÓN Y OTROS ESTUDIOS.

	1	2	3	4	5	*
Población total Area	340.103	169.154	120.239			267.728
Población infantil Area	66.829	41.283	32.482		19.385	57.950
Nº usuarios en contacto con el Servicio	571	439			288	795
Nº usuarios por 1ª vez	304	233				555
Incidencia (usua./mil habitantes)	4,54	5,64		6,3		9,7
Prevalencia (usua./mil habit)	8,54	10,63	12,3	9,9	14,8	13,7
Frecuentación	3,7	5,5		6	7,8	7

1. INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE OVIEDO Datos de 1987 E SERRANO (1990)

2. INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE AVILES Datos de 1987. J PEDREIRA (1990)

3. INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE URIBE-COSTA (VIZCAYA) M. HERNANZ (1990)

4. INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE NAVARRA Datos de 1988 A. GOÑI (1991)

5. INVESTIGACIÓN REALIZADA SOBRE LA DEMANDA EN S.M.I.J. EN ASTURIAS J. PEDREIRA (1988)

* NUESTRA INVESTIGACIÓN. MOVIMIENTO ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA INFANTIL Datos de 1989

La demanda asistencial en nuestro medio, resulta elevada en relación a la mayoría de los estudios que se comparan, lo cual correlaciona con la mayor tendencia a consultar en los Servicios de Salud Mental en nuestro territorio (A. Padierna, 1.991). Los últimos datos consultados sobre el movimiento asistencial, confirman este hecho. En el año 1991 en el total de los Centros de Salud Mental y Dispositivos de Alava la tasa de incidencia global, ha sido 10'6‰ y la prevalencia, 26'1‰.

Este elevado movimiento asistencial y concretamente la alta demanda en nuestra Unidad (casos nuevos) según los datos expuestos, puede ser explicado entre otras razones, por la cantidad de oferta de servicios para la infancia en nuestra provincia, la accesibilidad de los mismos, las actitudes de los profesionales y las actitudes e información de la población.

Sin embargo no debemos olvidar la mayor prevalencia de patología psiquiátrica infanto-juvenil en la comunidad, la cual nos señalaría que solo consultan en nuestra Unidad 1 caso de cada 5 ó 10 sujetos (según dintel de gravedad que consideremos). De estos datos se deduce el interés de analizar las demandas en los demás dispositivos asistenciales para la infancia en la provincia de Alava (C.O.P., Centros de Educación Especial, recursos privados.....).

V. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Las conclusiones se exponen de forma concisa en dos partes diferenciadas.

Hipotesis de trabajo Conclusiones generales

La primera responderá estrictamente a las hipótesis de trabajo que nos hemos planteado y la segunda hará referencia a aquellos aspectos que, creemos tienen interés suficiente para ser resaltados.

5.1. HIPOTESIS

Hipotesis Nº 1

"El motivo de consulta varía en función de la edad y el sexo de los consultantes"

Se confirma esta hipótesis. Tal como lo hemos indicado en la primera fase de esta investigación (apartados 3.1.9 y 3.1.10), existen diferencias significativas en los motivos de consulta que alegaron al acudir a esta Unidad en relación al sexo y a la edad de los consultantes.

La relación entre tipo de consulta y sexo, permite analizar la diferente forma de manifestar los conflictos los chicos y las chicas. Son significativamente más frecuentes los problemas de comportamiento, escolares y pronunciación en los chicos y los problemas de inhibición-emotividad y masturbación en las

chicas. Con mayor frecuencia los chicos presentan problemas de desarrollo y las chicas motivos de consulta relacionados con síntomas que se expresan a través del cuerpo.

Respecto a la relación significativa de la edad y los motivos de consulta en nuestro estudio hemos observado que:

- . En la primera infancia son exclusivos los problemas de desarrollo.
- . En la segunda infancia se consulta preferentemente por problemas de control de esfínteres y pronunciación.
- . Sólo en la pubertad y adolescencia se consulta por intentos de suicidio y se prefieren los problemas de comportamiento y escolares.

Hipótesis N° 2

" Los profesionales más consultados antes de acudir a esta Unidad, son el médico y el profesor "

Se confirma esta hipótesis. Ha quedado demostrado en el apartado 3.1.19. dedicado al análisis de los filtros o cadenas de consultas previas que recorren los demandantes antes de acudir a nuestra Unidad que, ambos profesionales pueden ser considerados como los intermediarios o "intervinientes" más importantes.

El profesor es el profesional más consultado y se recurre a él en primer lugar, seguido del médico. Como ya hemos analizado, estos profesionales remiten al servicio de forma desigual. El médico es el profesional que mayor número de sujetos envía a esta Unidad, 36'6%, con más del doble de frecuencia que el maestro, 15%.

Hipótesis Nº 3

" El tipo de indicación terapéutica guarda relación con el diagnóstico "

Tras el análisis de covariación expuesto en la segunda fase de esta investigación, apartado 3.2.5.1 , hemos confirmado esta hipótesis, ya que se encontraron diferencias significativas en la orientación terapéutica en función del diagnóstico de los pacientes.

Los pacientes diagnosticados de Psicosis, Patología de la Personalidad y Trastornos Neuróticos, prioritariamente se les indicó, tratamiento individual. Ante los Trastornos Somáticos\Comportamentales y Trastornos Reactivos, existe mayor tendencia a implicar a la familia en el tratamiento (Terapia familiar). En los Trastornos Instrumentales se les indicó con mayor frecuencia T. apoyo\seguimiento y el tratamiento farmacológico ha sido significativamente más frecuente en los pacientes diagnosticados de Patología de la Personalidad.

Hipótesis Nº 4

" Existe relación entre la indicación terapéutica y la aceptación del tratamiento "

Se confirma esta hipótesis, ya que aparecen diferencias significativas en la aceptación o no del tratamiento y las diferentes indicaciones terapéuticas.

Tal como ha sido analizado en la fase tercera de esta investigación, apartado 3.3.13, es significativamente mayor el rechazo a iniciar el tratamiento, cuando hay indicación de terapia familiar. Por el contrario, todos los pacientes

a los que se les indicó prescripción farmacológica, aceptaron iniciar el tratamiento.

Hipótesis N° 5

" El abandono del tratamiento guarda relación con la edad "

No se confirma esta hipótesis, ya que no aparecen diferencias significativas tal como hemos categorizado la variable edad y el abandono del tratamiento.

Hemos calculado el Chi-Cuadrado entre ambas variables siendo igual a 4.74989 , lo que nos indica que ambas variables no están asociadas, tratándose de variables independientes.

Al analizar en el apartado 3.3.1., el alto porcentaje de no adhesión de las indicaciones terapéuticas en los púberes y adolescentes en nuestra investigación, hemos señalado que este hecho debiera ser motivo de posteriores estudios, con el fin de seguir analizando y poder evitar su incidencia.

Hipótesis N° 6

" Existe mayor frecuencia al abandono del tratamiento en los pacientes cuyos padres no viven unidos "

No se confirma esta hipótesis, ya que no aparecen diferencias significativas ante la situación familiar de padres unidos o separados y el abandono tal como lo hemos analizado en esta investigación, apartado 3.3.5

Hipótesis N° 7

" La diferente continuidad terapéutica guarda relación con los antecedentes psíquicos de los padres "

Se confirma esta hipótesis. Existen diferencias significativas entre la diferente continuidad terapéutica establecida y los antecedentes psíquicos de los padres, tal como ha sido analizado en el apartado 3.3.12 relativo al análisis comparativo.

Hemos analizado que, son los pacientes cuyos padres tienen antecedentes psiquiátricos, los que más prolongan el tratamiento en esta Unidad y los que con menos frecuencia han sido dados de alta clínica. También hemos observado que, la no aceptación del tratamiento es significativamente mayor ante la no existencia de datos en los antecedentes psiquiátricos de los padres.

Hipotesis N° 8

" La mayor continuidad en los tratamientos guarda relación con el diagnóstico de los pacientes "

Se confirma esta hipótesis. Con objeto de dar respuesta a esta hipótesis de trabajo hemos necesitado recodificar las variables, (Tabla 59 : Diagnóstico Principal Agrupado) , ya que tal y como las hemos presentado en la Tabla 58, el Chi-Cuadrado no reunía las condiciones mínimas de aplicabilidad.

Hemos analizado en el apartado 3.3.9 relativo al análisis comparativo que, la continuidad del tratamiento en esta Unidad, es significativamente mayor en los pacientes diagnosticados de Psicosis y Patología de la Personalidad.

Al definir y agrupar, Psicosis y Patología de la Personalidad, como categorías diagnósticas de una mayor gravedad y los Trastornos Reactivos con menor gravedad, hemos confirmado las siguientes relaciones significativas:

- "A mayor gravedad (Psicosis y Trastornos de la Personalidad), mayor continuidad en los tratamientos y menor número de altas clínicas".

- "A menor gravedad (Trastornos Reactivos), mayor número altas clínicas se han dado y ningún paciente continúa el tratamiento en esta Unidad".

5.2. CONCLUSIONES GENERALES

El análisis según los datos previos, permite obtener las siguientes conclusiones:

1. **Edad:** Las edades en que más se consulta son los 5 años seguidos de 9 y 7 años.

El intervalo de edad entre 6 y 10 años es el que mayor demanda solicita, 42,8%. Estos datos coinciden con los estudios epidemiológicos revisados.

Es preciso constatar que el porcentaje de consulta en las edades tempranas de 1 a 3 años en nuestra Unidad, ha sido de un 10,7%, alto porcentaje respecto a otros estudios epidemiológicos.

2. **Sexo:** Existe una sobrerrepresentación de chicos frente a las chicas (sexo-ratio, 1,62).

Se confirma en este estudio lo hallado en los estudios precedentes sobre la demanda en la Unidades de Salud Mental Infantil.

Existe relación significativa entre la edad y el sexo. Sólo existen tres edades en las que el sexo femenino supera la demanda de los chicos siendo a los 3, 6 y 15 años.

3. **Situación escolar:**

El 95,1% de los sujetos que consultan están escolarizados. La mayor demanda relacionada con la escolarización es en 2º de preescolar y 2º de E.G.B.

4. Perfil de los padres:

El 72% de los padres han nacido en otras provincias. La mayoría, 70%, tienen estudios primarios. Las edades son preferentemente entre 31 y 40 años.

Respecto a la situación conyugal, en el 82,3% de los sujetos, los padres viven unidos.

Son familias de dos hijos, 44%, y con un hijo o tres alrededor del 20% respectivamente.

Consultan con mayor frecuencia por el hijo mayor o por el más pequeño.

5. Motivos de consulta:

La consulta más frecuente fue originada por problemas de comportamiento seguido por los problemas escolares y problemas de inhibición y emotividad.

Hemos confirmado en la hipótesis N° 1, la relación existente entre las variables edad, sexo y motivos de consulta.

A raíz de los resultados de este estudio, hemos podido inferir: Mayor preocupación por los aspectos sociales y culturales en los chicos: problemas escolares, pronunciación y desarrollo. Mayor tendencia en los chicos a los problemas relacionados con el exceso de actuación, como son los problemas de comportamiento.

Las chicas, sin embargo, tienen dificultades en la "externalización" de los problemas, de ahí la inhibición y emotividad, así como los problemas con mayor referencia corporal.

6. Desde cuando están preocupados:

La mitad de los padres que acuden a esta Unidad expresan estar preocupados por los problemas de sus hijos desde hace mucho tiempo. Un 46,7% de los padres están preocupados desde hace más

de un año y de éstos la mitad aproximadamente desde hace más de 3 años.

7. Por qué consultan ahora:

La orientación de los profesionales es la primera causa para demandar ayuda psicológica, 54,7%. El 18,6% de los padres acuden a esta Unidad sólo cuando se agrava el problema.

8. Profesionales consultados (Intervinientes):

Cuando los padres se deciden a consultar lo hacen en general con más de un profesional, así se inicia un recorrido de consultas antes de acudir a la Unidad. Un 96% han consultado previamente con un profesional, alta tasa de intervención que actúa como primer filtro en la población.

Tal y como ha sido confirmada la hipótesis N° 2, el profesor es el profesional más consultado y se recurre a él en primer lugar, seguido del médico.

Ambos profesionales pueden ser considerados como los intervinientes más importantes.

9. Quien envía (Remitente):

EL médico es el profesional que mayor número de sujetos envía a esta Unidad, 36,6%. En segundo lugar es la propia iniciativa.

El envío de los profesionales del estamento escolar a nuestra Unidad es bajo comparándolo con otros estudios.

Ante estos resultados, conviene subrayar la importancia de la coordinación con los profesionales de la salud y de la enseñanza, por ser estos los que asumen la mayor carga en la orientación de la demanda y lógicamente deberían ser los mejor informados con el fin de que actúen como filtro adecuado.

10. Antecedentes asistenciales de los consultantes :

Un 14,6% de los sujetos que acuden por primera vez a consulta han sido tratados anteriormente en otros servicios bien por el mismo síntoma, 7,1%, o por otros diferentes, 7,5%. Porcentaje a nuestro juicio elevado al ser indicativo de una patología no resuelta satisfactoriamente, manifestada a través del mismo síntoma o con síntomas diversos.

11. Antecedentes psiquiátricos de los padres:

Es preciso destacar en nuestro estudio el alto porcentaje de antecedentes tanto del padre como de la madre, respectivamente 15,3% y 18,7% que corresponde a 50 padres y 61 madres. En 28 niños y adolescentes, ambos padres tienen antecedentes psiquiátricos lo que hace aumentar el riesgo de estos sujetos.

12. Diagnóstico principal:

Un tercio de los pacientes presentan patología de tipo neurótico, de los cuales los trastornos evolutivos de dominancia ansiosa y la depresión neurótica han sido las subcategorías más frecuentes. Les siguen en frecuencia los trastornos reactivos, 16,5% y los trastornos instrumentales.

Un 1,8% de los sujetos han sido diagnosticados de psicosis.

Los sujetos que acuden a consulta y cuyo diagnóstico es variación de la normalidad supone un 12,2%.

13. Diagnóstico secundario:

Se ha utilizado el diagnóstico secundario en el 63,9% de los casos, especificando la sintomatología recurrente del diagnóstico principal.

Los trastornos somáticos han sido la categoría que con mayor frecuencia se ha utilizado 28,2%, seguido de los trastornos instrumentales.

14. Factores orgánicos . EJE II-1:

En 25,4%, 83 sujetos presentan factores orgánicos asociados a su sintomatología, siendo la subcategoría más frecuente las enfermedades somáticas en la infancia, 10'4%, seguidas de las enfermedades y afecciones de largo curso, 6'7%, 22 sujetos.

15. Factores ambientales. EJE II-2:

Respecto a los factores ambientales y condiciones del medio, en el 52% de los casos existen condiciones que añaden información para la comprensión de las manifestaciones psicopatológicas de estos niños y adolescentes.

De los 170 niños y adolescentes a los que se han reseñado factores o condiciones del medio en el eje principal, destacan por su mayor frecuencia los problemas mentales o perturbaciones psicológicas en la familia, seguidas de un contexto socio-familiar particular siendo en su mayoría familias separadas o en proceso de separación.

En 62 niños se han reseñado factores ambientales en los dos ejes principal y secundario. La existencia, en estos niños, de múltiples condiciones ambientales que están o han repercutido negativamente en su devenir psíquico, les confiere mayor vulnerabilidad o predisposición de riesgo.

16. Orientación terapéutica:

En el 84,6% de los niños que se les realiza el diagnóstico, se les orienta a que reciban un tipo de ayuda o tratamiento. De éstos, a

un 76% se les indicó realizar tratamiento en esta Unidad y al 8,6% se les deriva a otros servicios.

En 50 sujetos, 15,4%, a juicio del profesional no precisan tratamiento.

Analizando el total de la muestra, la indicación de tratamiento en esta Unidad supone el 67,8%.

17. Tipo de tratamiento:

El tipo de intervención terapéutica más indicada ha sido el tratamiento individual. Un 43,8% se les indica esta modalidad terapéutica. Sigue en orden de frecuencias la indicación de terapia familiar, en un 25'3%.

En un 6% de los casos además de ser susceptibles de otro tipo de tratamiento se les indicó tratamiento farmacológico.

El tipo de tratamiento indicado guarda relación con el diagnóstico, tal como ha sido analizado en la hipótesis N°3.

18. Aceptación del tratamiento:

La mayoría de las familias, 213 que corresponden a un 85,5%, aceptan iniciar el tratamiento terapéutico. Por el contrario son 36 sujetos los que rechazan iniciar el tratamiento propuesto, 14,5%.

19. Duración del tratamiento:

De los 213 niños que inician el tratamiento, 134 pacientes han sido dados de alta clínica, por finalización del mismo. La duración de estos tratamientos fué corta. En un 44'8% ha sido inferior a 6 meses, y en el 37'3% entre 7 y 12 meses.

Abandonan durante el transcurso del tratamiento 44 pacientes. Después de 24 meses de acudir a consulta continúan el tratamiento 35 niños y adolescentes.

20. Diferente continuidad ante la indicación de tratamiento:

Se expone a continuación el resumen de las relaciones significativas, entre los cuatro grupos establecidos según la diferente continuidad terapéutica, con las variables analizadas.

Se ha pretendido aislar las variables significativas de cada grupo, para poder ser utilizadas como indicadores predictivos de la diferente continuidad.

Con respecto a la descripción y comentarios relacionados con la diferente continuidad terapéutica y las demás variables estudiadas, remitimos al lector al capítulo 3.3. "Resultados del análisis estadístico comparativo".

No aceptan iniciar el tratamiento:

Se han encontrado relaciones significativas entre la "no aceptación" del tratamiento y las variables siguientes:

.Edad de la madre menor de 30 años $P = .00298$.

.Edad del padre mayor de 50 años. $P = .00980$

.Los padres expresan que los problemas que plantea el niño, no originan molestias familiares. $P = .03589$

. Cuando el diagnóstico principal agrupado han sido, de trastornos instrumentales, trastornos somáticos y/o comportamentales. $P = .00000$.

- . Ante la no presencia de factores orgánicos reseñados en el Eje II-I (CFTMEA). $P = .01978$
- . Cuando no existen datos de los antecedentes psiquiátricos del padre. $P = .00217$ ni de la madre. $P = .00069$.
- . El rechazo a iniciar el tratamiento ha sido significativamente mayor ante la indicación de terapia familiar. $P = .00024$

Abandono durante el tratamiento:

Se han encontrado diferencias significativas en función del grupo que interrumpe el tratamiento y las siguientes variables:

- . Cuando la edad de los padres es superior a los 50 años. Madre, $P = .00298$. Padre, $P = .00980$.
- . Alegan estar preocupados por la molestias que su hijo crea en el ámbito familiar. $P = .03589$
- . El motivo del consulta que alegaron al acudir a esta Unidad fueron los problemas de comportamiento. $P = .03376$
- . Pacientes diagnosticados de Neurosis. $P = .00000$.
- . Ante la existencia de antecedentes psiquiátricos de la madre. $P = .00069$
- . El abandono es significativamente mayor cuando ha existido indicación farmacológica. $P = .00024$

Alta clínica por finalización del tratamiento:

De los resultados analizados hemos podido determinar la existencia de relaciones significativas en nuestro estudio entre los pacientes dados de alta clínica por finalización del tratamiento y las siguientes variables:

. Existe mayor frecuencia, cuando los padres alegan no estar preocupados por los problemas que plantea su hijo. $P = .03589$

. El alta clínica es significativamente mayor en los niños y adolescentes diagnosticados de Trastornos Reactivos. Son también dados de alta con mayor frecuencia, los Trastornos Instrumentales y Trastornos Somáticos\Comportamentales. $P = .00000$

. Cuando la madre no tiene antecedentes psiquiátricos. $P = .00069$

. Las indicaciones terapéuticas han sido prioritariamente: T. apoyo-seguimiento, relajación y tratamiento grupal ("Otros"). $P = .00024$

Continúan el tratamiento:

Se han encontrado diferencias significativas en nuestro estudio entre la continuidad del tratamiento y las siguientes variables:

. La continuidad del tratamiento en esta Unidad es significativamente más elevada para los pacientes de padres más jóvenes (menores de 30 años). Madre $P = .00298$, Padre $P = .00980$

. Cuando los padres alegaron estar preocupados por las molestias familiares que el paciente crea en el ámbito familiar. $P = .03589$

. La continuidad es significativamente mayor en los pacientes diagnosticados de Psicosis y Patología de la Personalidad. $P=.00000$

. La presencia de factores orgánicos ,influye de manera significativa en la continuidad del tratamiento $P=.01978$

. Los antecedentes psiquiátricos tanto del padre como de la madre, correlacionan positivamente en la continuidad del tratamiento de sus hijos. Antecedentes psiquiátricos del padre $P=.00217$ y de la madre $P=.00069$

. Los pacientes que precisaron tratamiento farmacológico. $P=00024$

21. Movimiento asistencial. Tasa de incidencia y prevalencia:

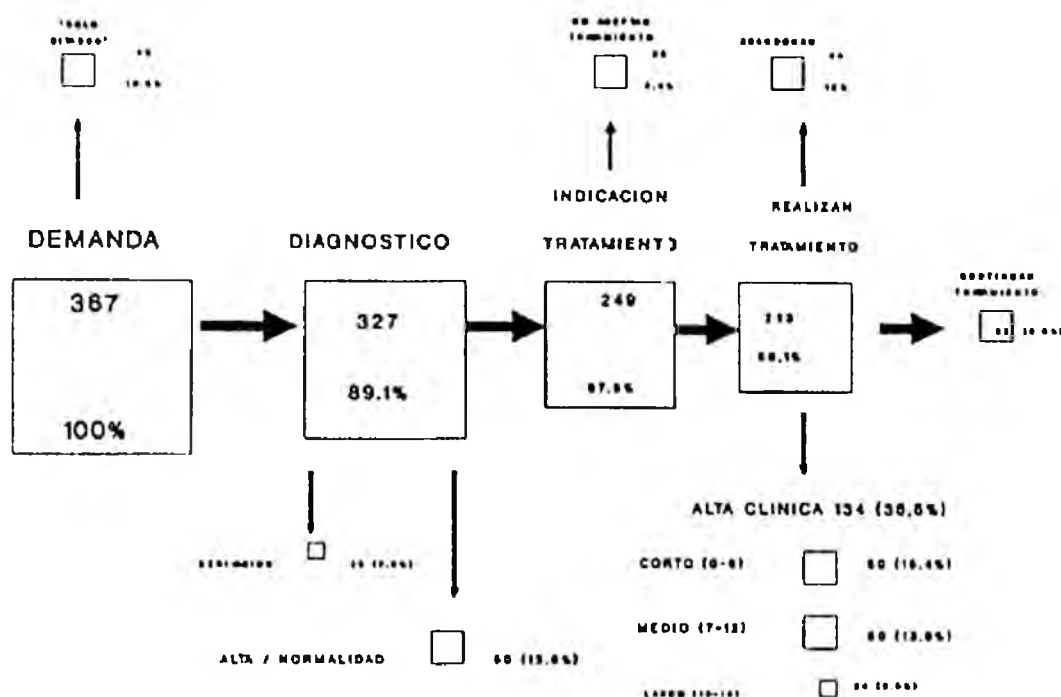
Respecto a los datos del año 1989, fecha del inicio de este estudio, la incidencia de casos nuevos en esta Unidad fue de un 9,7‰. La prevalencia ha sido de un 13,7‰.

En cuanto al promedio de la frecuentación de las consultas originadas por los pacientes fue, en el año 1989, de 7 consultas\paciente.

22. Diferentes modos de permanencia en la Unidad.

Como síntesis del seguimiento de los 367 niños y adolescentes objeto de este estudio, analizando los diferentes modos de permanencia en este Red Asistencial a lo largo de 24 meses desde la llegada a la Unidad hasta su alta en el servicio, observamos la siguiente representación gráfica:

SEGUIMIENTO Y MODO DE PERMANENCIA



De estos resultados destacamos que:

- Un 10,8%, 40 niños, no ha podido realizarse el diagnóstico ,ya que sólo realizan un primer contacto con la Unidad. Se ha realizado el proceso diagnóstico a los 327 sujetos restantes, 89,1%..
- Realizada la fase diagnóstica, se da de alta clínica por no precisar tratamiento a 50 niños 13,6% y se deriva a otros servicios a un 7,6%.
- Al 67% de los niños y adolescentes objeto de este estudio, se les indicó la necesidad de tratamiento en esta Unidad.

- Un 21,8% han interrumpido la estancia en la Unidad, bien no aceptando el tratamiento propuesto por los clínicos, 9,8%, o abandonando el tratamiento una vez iniciado, 44 sujetos, 12%.

- Casi el 50%, 169 niños, siguen las indicaciones del clínico en el proceso terapéutico propuesto, de los cuales, 134 niños, 36,5%, han sido dados de alta por fin del tratamiento y el 9,5% continúan en la Red Asistencial. Del 50% restante, también el clínico, en un 21,2%, decide darlos de alta por no precisar tratamiento en la Unidad.

- Después de 24 meses de acudir a consulta continúan el tratamiento 35 niños y adolescentes, lo que supone un 9,5% de la muestra.

Deseamos que este trabajo sea el inicio de otros estudios, con el fin de conocer el curso evolutivo de estos niños y adolescentes a través de estudios longitudinales en años sucesivos y poder analizar el devenir psíquico en su vida adulta. En definitiva, seguir cuestionándonos sobre los factores de riesgo y los factores influyentes en la continuidad y discontinuidad entre la psicopatología de los niños y la psicopatología en la vida adulta.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

ABELLA, A. (1991): "Catamnèse a l'adolescence d'un groupe d'enfants a haut risque traités en Centre de jour". Tesis Doctoral. Ginebra.

ABERASTURY, A., CAMPO, DALLAS, CASTELLO y otros.(1974): Psicosis infantiles y otros cuadros graves de la infancia. Ed. Paidós - Asspia..

ABERASTURY, A. (1977). Aportaciones al Psicoanálisis en niños. Buenos Aires: Paidós.

ABERASTURY, A. y KNOBEL, M.(1980): La adolescencia normal. Buenos Aires: Ed. Paidós.

ABGRALL, M.C.(1978): Signes précoces de psychotisation chez l'enfant, mémoire C.E.S. de psychiatrie. Brest. Citado por Geissman.

ABRAHAM, M.J. et WHITLOCK, F.A.(1969): "Childhood experience and depression". *Brit. J. Psychiat.*, Vol.115, 883-888.

ACEVEDO, M.I.(1984). "Consideraciones en relación a Sistemas de Clasificación y Evaluación para las personas con retardo mental" *Revista chilena de Psicología* 1, VII 13-18

ACHENBACH, Th.(1980): "DSM-III in light of empirical research on the classification of child psychopathology". *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, Vol.19, 395-412.

ACHENBACH, Th.(1985): *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Londres: Ed. Sage.

ACHENBACH, T.M. y EDELBROCK, C.S.(1979). "The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts" *Psychological Bulletin* 85, 1275-1301

ACHENBACH, T.M. & EDELBROCK, C.S.(1981). "Behavior problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four to sixteen". *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46, 1-82.

ACHENBACH, T.M.(1981). *Investigación de la Psicología de desarrollo: Conceptos, Estrategias y Métodos*. México: El Manual Moderno.

ACHENBACH, T.M.(1982). "Assessment and Taxonomy of Children's Behavior Disorders". En B.B. LAHEY y A.E. KAZDIN (Eds.): *Advances in Clinical Child Psychology*. Nueva York: Plenum Press.

ACHENBACH, T.M. y EDELBROCK, C.S.(1984). "Psychopathology of childhood" *Annual Review of Psychology* 35, 227-256

ACHENBACH, T.M.(1988). "Integrating assessment and taxonomy". En M. RUTTER, A.H. TUMA, I.S. LANN (Eds.): *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*. Londres: David Fulton Pub.

ACKERMANN, N.W.(1971). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires: Horne.

AGUILAR ALONSO, A.(1983). "Tendencias actuales de la Psicología Científica". *Universitas Tarraconensis*, V (2) 129-146.

AHLBON, A. & NORELL, S.(1987). *Fundamentos de epidemiología*. Madrid: Fundamentos.

AIMARD, P. y MORGON, A.(1986). *Aproximación metodológica a los trastornos del lenguaje del niño*. Barcelona: Toray-Masson.

AINSWORTH, M.B.(1962). *La carence de soins maternels*. O.M.S.Ginebra.

AINSWORTH, M.B.S.(1969). "Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of infant-mother relationship". *Child Development*, Vol.40, 969-1025.

AINSWORTH, M.D., ANDRY, R.G., HARLOW, R.G., LEBOVICI, S., MEAD, M.(1963). "Privación de los cuidados maternos: Revisión de sus consecuencias". *Cuadernos de Salud Pública*, Vol.14.

AINSWORTH, M.D.(1964). "Patters of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother". *Merrill-Palmer Quarterly Behavioral Development*, 10, 51-58.

AINSWORTH, M.D.(1973). "The development of infant-mother attachment". En B. M. CALDWELL y H.N. RICCIUTI (Eds.), *Review of Child Development Research*. Vol. 3. Chicago: University of Chicago Press.

AJURIAGUERRA, J. de, DIATKINE, R. et KALMANSON, D.(1959). "Les troubles du développement du langage au cours des états psychotiques précoces". *La Psychiatrie de l'Enfant*, Vol.2, 1-65.

AJURIAGUERRA, J. de, et ANGELERGUES, R.(1962). "De la psychomotricité du corps dans la relation à autrui. A propos de l'oeuvre de Henri Wallon". *Evolution psychiatrique*, Vol.27, 13-25.

AJURIAGUERRA, J. de (1962). "Le corps comme relation". *Revue suisse de Psychologie pure et appliquée*, Vol.21, 137-157.

AJURIAGUERRA, J.(1972). *La elección terapeutica en Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Toray-Masson.

AJURIAGUERRA, J.(1973). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Toray-Masson.

- AJURIAGUERRA, J. DE, & MARCELLI, D.(1982). *Manual de psicopatología del niño*. Barcelona: Toray-Masson.
- ALMARAZ GOMEZ, A. & LOPEZ FERNANDEZ, M.N.(1989). "Prevalencia de enuresis y clase social". *Psiquis*, 9 (10) 53-55.
- ALMENAR, F.D. y GOMEZ BENEYTO, M.(1988). "Recursos humanos y utilización de servicios de psiquiatría en los ambulatorios de la Seguridad Social en la Comunidad Valenciana". *Psiquis*, Vol.IX, 28-40.
- ALONSO TAPIA, J.(1987). "Evaluación del desarrollo intelectual y social". En R. FERNANDEZ BALLESTEROS (Ed.), *Psicodiagnóstico*. Tomo 3 (4ª ed.). Madrid: UNED.
- ALOY PALLARES, G., MARTINEZ, LOPEZ, P. y MARTINEZ ROIG, A.(1981). *Malos tratos infantiles. Estadísticas de la provincia de Barcelona*. Ponencia V Simposio Español de Pediatría Social. Santa Cruz de Tenerife.
- ALS, H., TRONICK, E. et BRAZELTON, T.B.(1979). *Analysis of Face to Face interaction in Infant Adult Dyads*. The Syudy of Social Interaction. Madison: Ed. Lamb, Suomi and Stephenson.
- ALTMAN, I.(1976). "Environmental psychology and social psychology". *Personality and Social psychology Bulletin*, 2, 96.
- ALVIRA MARTIN, A.(1985). "La Investigación Evaluativa: Una perspectiva Experimentalista". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, Vol.29, 129-141.
- ALZATE SAEZ DE HEREDIA, R.(1987). *Trastornos de Conducta en la Infancia*. Bilbao: Servicio de Publicaciones de la Univ. del País Vasco.
- AMADO, G.(1967). "Le devenir de 55 cas sévères de psychiatrie infantile". *Psychiatr. Infant*, N. 2, Vol.X, 465-537.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.(1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed.-Revised)*, DSM- III-R. Washington, D.C: Autor.
- AMES, L.B., GILLESPIE, C., HAINES, J. & ILG, J.L.(1979). *Evaluating the Behavior of the Preschool Child*. Nueva York: Harper Row.
- AMIEL-TISON & GRENIER, A.(1981). *Valoración neurológica del recién nacido y del lactante*. Barcelona: Toray-Masson.
- ANDERSON, H.H. & ANDERSON, G.L. (Eds.).(1966). *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*. Madrid: Rialp.
- ANDOLFI, M.(1987). *Terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.

ANDONEGUI, J.I.(1979). *Etude de la clientele d'un service de psychiatrie infantile ambulatoire (Guidance Infantile): Mode de Contact*. Tesis Ginebra: Editions Médecine et Hygiène.

ANDRE-THOMAS, CHESNI, Y & SAINT-ANNE FARGASSIES, S.(1955). *Examen neurologique du nourrisson*. Paris: Editeurs La Vie Médicale.

ANDREY, B. & LE MEN, J.(1968): *La psychologie á l'ecole*. Paris: Ed. P.U.F.

ANGELERGUES, R.(1980): "La psychiatrie, conditions et conséquence d'un développement de la pensée biologique". En CAROLI, F. *Espécificité de la psychiatrie*. Paris: Masson.

ANGUERA, M.T.(1985). *Metodología de la observación en las ciencias humanas*. Madrid: Ediciones Cátedra.

ANGUERA, T.(1983). *Manual de prácticas de observación*. Barcelona: Trillas.

ANGULO, F.(1990): "Etude comparative dans les dépressions de deux systèmes classificatoires (DSM-III et classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent)". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, N.(10-11) Vol.38, 589-591.

ANGULO GRACIA, F. (1992): "Aportaciones funcionales de un Servicio de Paidopsiquiatria en un Hospital General Pediátrico". Tesis Doctoral. Barcelona.

ANTHENAISE, M. d' & SALBREUZ, R.(1979): "Prévalence de la déficience mentale profonde chez l'enfant. Reveu de la littérature, étude comparative". *Rev. Neuropsych. Enfant*, N.27, 45-58.

ANTHONY, E., CHILAND, C. et KOUPERNIK, C.(1974): *L'enfant à haut risque psychiatrique*. Tr. Fr.Paris: Presses Universitaires de France..

ANTHONY, E., CHILAND, C. et KOUPERNIK, C.(1974): *L'enfant dans sa famille; l'enfant vulnérable*. Paris: P.U.F..

ANTHONY, E.J.(1969): "L'impact sur la vie de famille d'une grave maladie mentale ou physique chez un des parents". En E.J. ANTHONY & KOUPERNIK, C. (Dir.), *L'enfant et la famille*. Paris: Ed. Masson et Cie..

ANZIEU, D.(1972). *Los métodos proyectivos*. Buenos Aires: Kapelusz.

APA.(1983): *DSM-III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

APARICIO BASAURI, V., APARICIO TELLERIA, D., EBEAS ELORZA, A.(1982): "La Salud mental en los reconocimientos escolares". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatria*, N.(5) Vol.II, 65-74.

APARICIO, V., LOPEZ, M. y SANCHEZ, A.E.(1980). "Elementos, fundamentos y problemas de la Psiquiatría Comunitaria". *Rev. Análisis y Clínica grupal*, N. 24, Vol.5, 514-531.

APGAR, V.(1953). "A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant". *Current Researches in Anesthesia and Analgesia*, 32, 260-267.

APONTE, J. & VANDENSEN, J.(1984). *Terapia familiar «estructural»*. Conferencias sobre Terapia familiar. Sin editar. Barcelona.

ARANA, B. & CARRASCO, L.(1980). *Niños desasistidos del ambiente familiar*. Instituto de las Ciencias del Hombre. Madrid.

ARFOUILLLOUX, J.C(1977). *La entrevista con el niño*. Madrid: Marova.

ARGILE, M.(1969). *Social Interaction*. Londres: Methuen.

ARIES, P.(1962). *Centuries of childhood*. Nueva York: A.A. Knopf.

ARRANZ FREIJO, E. y MALLA MORA, R.(1987). "El status fraterno y su relación con los trastornos de conducta". En R. ALZATE DE HEREDIA, *Trastornos de conducta en la infancia*. V Curso de Verano en San Sebastián. Bilbao: Servicio Editorial Universidad del País Vasco.

ARTUONDO, C.M.(1988). *Epidemiología de Salud Mental*. IV Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Vitoria.

ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA (1977). *Criterios de objetivación en psicopatología*. Actas del XIV Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Sevilla.

AUBIN, H.(1975). *Les Psychoses de l'enfant*. París: P.U.F.

AUBIN, H.(1980). *La psicoterapia institucional en el niño*. Barcelona: Ed. Paideia.

AUERSWALD & Otros(1984). "Terapia Familiar". En J. APONTE Y J. VANDEUSEN, *Terapia familiar «estructural»*. Comunicación leída en las Conferencias sobre Terapia Familiar. Sin editar. Barcelona.

AUNIN, II, MESTAS, CLAVEIROLE(1956). "Les schizophrénies infantiles". *Revue de Neuropsychiat. inf. et d'Hygiène mentale*, N. 12, Vol.11, 373-389.

AUSSILLOUX, C. ARNAUD, C., BARTHEZ, J.C. TANCHON, C. et CORON, J.(1983). "Caractéristiques sociales et médicales des enfants de 5 à 12 ans traités en institution pour des troubles psychiques". *Acta. Paedopsychiat.*, Vol.49, 277-296.

AUSSILLOUX, Ch., ROY, J., LIVOIR-PETERSEN, M.F., PIDTHON, C. & MAURIN, C.(1986). "Evolution de l'enfant psychotique traité en institution. Etude épidémiologique". En Ch. AUSSILLOUX, *Le devenir de l'enfant psychotique*. Montpellier: Sauramps Médical.

AUSSILLOUX, C. et ROY, J.(1989). "Limites actuelles de l'utilisation conjointe des données de la CDES et des services hospitaliers en paidopsychiatrie".. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, N. 12, Vol.37.

AVIA, M.D.(1980). "Personalidad y Predicción". *Estudios de Psicología*, 3, 53-56.

AVILA ESPADA, A. y RODRIGUEZ SUTIL, C.(1987). *Psicodiagnóstico Clínico*. Bilbao: Desclee de Brouwer, S.A.

AZCOAGA, J.(1972). *Criterios para diferenciar los trastornos del lenguaje*. Rosario: Biblioteca.

AZCOAGA, J.E., BELLO, J.A., CITRINOVITZ, L., DERMAN, B. & FRUTOS, W.N.(1979). *Los retardos del lenguaje en el niño*. Buenos Aires: Paidós.

BACHRACH, A.J.(1982). *Cómo investigar en Psicología*. Madrid.

BACKETT, E.M., DAVIES, A.M. y PETROS-BARVAZIAN, A.(1984). "El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria con especial referencia a la Salud Materno-Infantil y a la planificación familiar". *Cuadernos de Salud Pública*, Vol.76.

BAKEMAN, R. y GOTTMAN, J.M.(1986). *Observing interaction: an introduction to sequential analysis*, Cambridge University Press.

BALLESTEROS, S.(1986). "Adaptación española del Test de Aptitudes Psicolingüísticas de Illinois, un estudio piloto". *Evaluación Psicológica. Psychological Assessment*, 5, 99-120.

BALTES, P.B., REESE, H.W. y HESSELROADE, J.R.(1981). *Métodos de investigación en Psicología: Enfoque del ciclo vital*. Madrid: Morata.

BANDA, D., CEBOLLA, A., LOSADA, J.A., MUÑOZ, T. & BLANCO, A.(1984). *Personalidad, hospitalización y depresión en la infancia*. XXV Reunión Anual de la Soc. Españ. de Neurop. Infantil. Santiago de Compostela.

BANDURA, A. & WALTERS, R.W.(1962). *Aprendizaje Social y desarrollo de la Personalidad*. Madrid: Alianza Ed.

BARINGOLTZ DE HIRSCH, S., GRANK DE VERTHELEYI, R. y MENENDEZ DE RODRIGUEZ, F.(1979). *El CAT en el psicodiagnostico de niños*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

BARKLEY, R.A.(1987). "The Assessment of Attention Deficit- Hyperactivity Disorder". *Behavioral Assessment*, 9, 207-233.

BARKLEY, R.A.(1988). "Child Behavior Rating Scales and Checklists". En M. RUTTER, A.H. TUMA, I.S. LANN (Eds.): *Assessment and diagnosis in Child Psychopathology*. Londres: David Fulton Pub.

- BASTIAN, R.L.(1989). "Aspectos psicosociales en el asma" *Psiquis*, X, 59-63.
- BASTIDE, R.(1965). *Sociologie del maladies mentales*. París: El. Flammarion.
- BATE, M., SMITH, M., JAMES, J.(1988). *Review of Tests and Assessments in Early Education (3-5 years)*, Windsor NFER-Nelson Publishing C.
- BATES, E., O'CONNELL, B. & SHORE, C.(1987). "Language and Communication in Infancy". En J.D. OSOFSKY (Ed.), *Handbook of Infant Development (2ª ed.)*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- BATESON, G.(1956). "A note on the double-bind". *Family Process*, N. 1, Vol.2.
- BAUDOUIN (1931). *L'ame enfantine et la psychanalyse*. París: Ed. Delachaux et Niestlé Neuchatel.
- BAUSE, B. & ROIG, I.(1981). "El psicólogo clínico como miembro de un equipo médico". En C. COLL y M. FORNS (Eds.), *Areas de intervección de la psicología*. Vol. 2. Barcelona: Horsori.
- BAWKIN, H. & BAWKIN, R.M.(1980). *Desarrollo psicológico del niño: normal y patológico (2ª ed.)*. México: Interamericana.
- BAYES, R.(1983). "Aportaciones del conductismo a la salud mental comunitaria". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 13, 92-110.
- BAYLEY, N.(1969). *Manual for the Bayley Scales of infant Development*. Nueva York: The Psychological Corporation.
- BEICHMAN, J. & DIELMAN, T. (1983). "Terminators and remainers in child psychiatry: the patient treatment fit". *J. Clin. Psychiatry*, 44 (11).
- BEINTEMA, D.(1968). *A neurological study of newborn infants*. Londres: National Spastics Society.
- BELL, J.E.(1971). *Técnicas proyectivas. Exploración de la dinámica de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- BELL, R.Q.(1968). "A reinterpretation of the direction of effects in studies o socialization". *Psychol. rev.*, Vol.75, 81- 95..
- BELLACK, A.S. & HERSEN, M.(1989). *Métodos de Investigación en Psicología Clínica*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- BELLAK, L.(1956). "Freud and projective Techniques". *Journal of Projective Techniques*, 20, 5-13.
- BELLAK, L. & BELLAK, S.S.(1977). *Test de apercepción infantil con figuras animales (CAT-A)*. Buenos Aires: Paidós.

- BELLAK, L.(1979). El uso clínico de las pruebas psicológicas del T.A.T., C.A.T. y S.A.T. México: El Manual Moderno.
- BELLOCH, A. y BARRETO, P.(1986). *Psicología Clínica. Trastornos Bio-psico-sociales*. Valencia: Promolibro.
- BENDER, L. & GRUGETT, A.(1956). "A study of certains epidemiological factor in a group of children with childhood schizophrenia". *Amer. J. Orthopsychiat.*, Vol.26, 131-145.
- BENDER, L.(1977). *Test guesáltico visomotor. Uso y aplicaciones clínicas* (7ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- BENEDET, M.J.(1986). *Evaluación Neuropsicológica*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- BENJAMIN, J.D.(1959). "Prediction and Psychopathologic Theory". En JESSNER, L. et PAVENSTEDT, E., *Dynamic Psychopathology in Child- hood*. Nueva York: Grune and Stratton.
- BENTON, A.L.(1968). *Tests de rétentio visuelle. Applicatio cliniques et expérimentales. Manuel du test* (2ème.ed.). París: CPA.
- BENTON, A.L.(1971). *Introducción a la Neuropsicología*. Barcelona: Fontanella.
- BERGERET, J.(1975). *Manual de psicología patológica*. Barcelona: Toray-Masson..
- BERGERET, J.(1980). *La personalidad normal y patológica*". Barcelona: Ed. Gedisa.
- BERGER, M., DELMAS, M.T., HAMON, M., LAPALIS, G., LE BAUT, A.M., MANIC, Y., MONASSE, J., OURY, N.(1981). "Présentation du fonctionnement de l'intersecteur de pédopsychiatrie du Chu de Saint-Etienne". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, N. 7, Vol.29, 331-33.
- BERMUDEZ, J.(1985). *Psicología de la personalidad*. Madrid: UNED.
- BERNSTEIN, D. & NIETZEL, M.T.(1982). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw-Hill.
- BERRIGAN, Lee P., GARFIELD, Sol L. (1981). "Relationship of missed psychotherapy appointments to premature termination and social class". *British Journal of Clinical Psychology*, 2, 239-242.
- BERRIOS, G.E. (1989). "Descripción y entrevistas estructuradas en psiquiatría". En GUIMON, J., MEZZICH, J.E. y BERRIOS, G.E., *Diagnóstico en Psiquiatría*. Barcelona: Ed. Salvat Editores S.A.
- BETTSCHART, W., HENNY, R. & BOLIGNINI, M.(1976). "La surreprésentation des garçons par rapport aux filles dans les consultations de psychiatrie d'enfants". *Psychiatrie de l'Enfant*, N. 1, Vol.XXI, 297-304.

BETTSCHART, W., FAVEZ, F., HENNY, R., JEANNIN, M., PFAEHLER, M., PIOLINO, P. & POGET, F. (1980). "L'enfant de 9 ans. Etude épidémiologique". *Psychiatrie de l'Enfant*, Vol. 23, 637-684.

BIGRAS, J. & MACKAY, J. (1968). "Les diagnostics pédopsychiatriques selon l'âge et le sexe dans un centre canadien-français de Montréal". *Rev. Neuropsych. Inf.*, Vol. 16, 739-750.

BIJOU, S.W. & BAER, D.M. (1963). "Some methodological contributions from a functional analysis of child development". En L.F. LIPSETT y C.S. SPIKER (Eds.), *Advances in child development and behavior*. (Vol. 1). Nueva York: Academic Press.

BIJOU, S.W. y PETERSON, R.F. (1971). "Functional analysis in the assessment of children". En P. McREYNOLDS (Ed.): *Advances in psychological assessment*, (Vol. 2). Palo Alto, CA Science and Behavior Books, Inc.

BINDRA, D. y SCHEIER, J.H. (1954). "The Relation Between Psychometric and Experimental Research in Psychology". *American Psychologist*, 9, 69-71.

BJONRSSON, S. (1974). "Epidemiological investigation of mental disorders of children in Reykjavik, Iceland, Scand". *Journal. Psychol.*, Vol. 15, 244-254.

BLANCHON, Y. (1989). "L'importance de la standardisation des données en épidémiologie pédo-psychiatrique". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 37 (12), 565-571.

BLANCO, A., BANDA, A., FRANCO, J.I. & SANTIESTEBAN, E. (1984). *Depresión y enfermedad en la infancia*. XXV Reunión de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil. Santiago de Compostela.

BLANCO, A. (1984). *Evaluación de los desajustes sociales y los problemas de conducta en la infancia y adolescencia*. III Congreso AEDES. Madrid.

BLANCO, A., PEINADO, M., MONTES, M.C., RODRIGUEZ, L. y SACRISTAN, J. (1985). "El test de Apercepción Temática (TAT), en el Diagnóstico de la Depresión Infantil". *Rev. de Neurosiq. Inf.*, 1, (b) 125-146.

BLANCO, A. (1986). "Bases conceptuales e históricas del psicodiagnóstico". En A. BLANCO PICABIA (Ed.): *Apuntes de Psicodiagnóstico*, Vol. 1. Valencia: Promolibro.

BLANCO, A. (1990). "El diagnóstico en Psicología Clínica o la Evaluación en Psicología de la Anormalidad". *Boletín de Psicología*.

BLAND, R.C. (1988). "Investigations of the prevalence of psychiatric disorders". *Acta Psychiatr. Scand.*, Supp. 338, Vol. 77, 7-16.

BLAU, T.H. (1979). "Diagnoses of disturbed children". *American Psychologist* 34, 969-972.

- BLEANDONU, G. et DESPINOY, M.(1974). *Hopitaux de jour et Psychiatrie dan la communauté*. París: Payot.
- BLEGER, J.(1984). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- BLOS, P.(1970). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- BLUM, G.(1975). *Teorías psicoanalíticas de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- BOEHM, A. y HAFETER.(1975). "El psicodiagnóstico en psiquiatría infantil y en la orientación educativa". En W.J. SCHRAML (Ed.): *Psicología clínica*. Barcelona: Herder.
- BOLL, Th.J.(1983). "Neuropsychological Assessment of the Child: Myths, Current Status, and Future Prospects". En C.E. WALKER y M.C. ROBERTS, *Handbook of Clinical Child Psychology*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- BOLLAERT, S.(1978). "Quelques particularités techniques de la psychothérapie de très jeunes psychotiques en hôpital de jour". En *Le devenir de la psychose de l'enfant*. Ed. P.U.F.
- BOMBERG, D., SZUREK, S. & ETEMAD, J.G.(1973). "A statistical study of a group of psychotic children". En SZUREK, S. & BERLIN, I., *Clinical studies in childhood psychoses*. Nueva York: Brunet Mazel.
- BONALS PI, A., VELILLA PICAZO, J.M. y MIRAVETE FUERTES,P.(1988). "Epidemiología y edad en psiquiatría infanto-juvenil". *Comunicación Psiquiátrica. Anales de la Cátedra en Psiquiatría*, Vol.XV, 103-141.
- BONDY, M.(1974). "Psychiatric antecedents of psychological testing (Before Binet)". *Journal of the history of the behavioral sciences*, 10, 180-194.
- BOURDIER, P.(1966). *Le pronostic des névroses et des psychoses infantiles*. Acta del Congreso Mundial de Psiquiatría. Madrid.
- BOURGES, S.(1980). *Tests para el psicodiagnóstico infantil. Elección e interpretación de pruebas*. Madrid: Cincel-Kapelusz.
- BOUTON, CH.(1976). *El desarrollo del lenguaje*. París: Editorial de la UNESCO.
- BOUVET, M., ROYAUX, J., & FERRARI, P.(1982). "Les "antennes" de sectoru: mise en place et fonctionnement a Reims". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 30 (1-2), 9-13.
- BOWER, T.G.R.(1977). *Le développement psychologique de la première enfance*. Bruselas: Mardaga.
- BOWER, T.G.R.(1983). *Psicología del desarrollo*. Madrid: Siglo XXI de España.
- BOWLBY, J.(1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

- BOWLBY, J.(1976). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- BOWLBY, J.(1980). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- BRACONNIER, A.(1983). "La psychiatrie de l'adolescence. Prévention des maladies mentales de l'adulte". *Sem. Hop.*, 59 (25), 1873-1875.
- BRACONNIER, A.(1983). "Les dépressions à l'adolescence". *Sem. Hop.*, 59 (25), 1901-1905.
- BRAIBANTI, P., MAMONE, P., BERTINI, M.(1989). "Assessment of cognitive development in early infancy: theoretical and methodological issues" *Evaluación Psicológica. Psychological Assessment*, 2 (5) 219-240.
- BRAZELTON, T.B.(1981). "Comportement et compétence du nouveau-né" *Psychiatrie de l'enfant* XXIV, 2, 375-396.
- BRAZELTON, T.B.(1984). "Neonatal Behavioral Assessment Scale". (2ª ed.). *Clinics in Developmental Medicine*, 88.
- BRAZELTON, T.B. & cols.(1986). "Visual responses in the new born". *Pediatrics*, Vol.37, 283-290.
- BRODY, N.(1977). *Investigación y teoría de la personalidad*. México: El Manual Moderno.
- BROOKE, E.M.(1976). "El suicidio y los intentos de suicidio".. *Cuadernos de Salud Pública*, Vol.58.
- BROOKS-GUNN, J. y PETERSEN, A.C.(1983). *Girls and Puberty*. Nueva York: Plenum Press.
- BROUSSARD, E.R.(1979). "Assessment of the adaptive potential of the mother-infant system: The Neonatal Perception Inventory". *Seminars in Perinatology*, 1, 91-100.
- BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T., WING, J.F.(1972). "Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication". *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- BRUECKNER, L.J. & BOND, G.L.(1978). *Diagnóstico y tratamiento de las dificultades del aprendizaje*. Madrid: Rialp.
- BRUN, J., VILLARD, J. & MARTIN, CL.(1964). "Prevention of mental disorders in children of divorces". En *Child psychiatry and prevention*. Berna-Stuttgart.Hans huber edit.
- BRUN-NEY, P., BLOND, D. & GOLA, D.(1984). "Les demandes de consultation en hygiène mentale infantile".. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 32 (1), 25-33.

BRUN-NEY, P., BLOND, D. et GOLA, D.(1984). "Hygiène mentale infantile et commissions scolaires a propos de la CCPE". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 32 (1), 35-39.

BRUNER, J.(1980). *Investigaciones sobre el desarrollo cognitivo*. Madrid: Pablo del Río.

BRUNET, O. y LEZINE, I.(1978). *Escala para medir el desarrollo psicológico de la primera infancia*. Madrid: Pablo del Río.

BUCHER, H.(1976). *Trastornos psicomotores en el niño. Práctica de la reeducación psicomotriz*. Barcelona: Toray-Masson.

BUCK, C.W. & LAUGHTON, K.B.(1959). "Family patterns of illness: The effect of psychoneurosis in the parent upon illness in the child". *Acta Psychiat*, Vol.34, 165-175.

BUCKLE, D., HOFFMEYER, H., ISAMBERT, A., KNOBLOCH, F., KNOBLOCHOVA, J., KRAPP, E.E. y LEOVICI, S.(1966). "La salud mental de la familia en Europa". *Cuadernos de Salud pública*, Vol.26.

BUCKLE, D. y LEOVICI, S.(1969). *Los centros de orientación infantil*. Serie Monografías n 40. Ginebra: Ed. OMS.

BUCKLE, D.F., LEOVICI, S. et TIZARD, J.(1964). "Le traitement psychiatrique des enfants placés en institution en Europe". *Psychiat. Enfant*, Vol.7, 497-546.

BUCKLE, D.F. & CAPLAN.(1969). *Servicios Comunitarios de Salud Mental para el adolescente*. Buenos Aires: Paidós.

BUFFERY, W.H. (1980). "Neuropsicología clínica". *Estudios de Psicología*, 1, 84-109.

BUHLER, K.(1966). *Desarrollo psicológico del niño desde el nacimiento hasta la adolescencia*. Buenos Aires: Losada.

BUNGE, M. (1976). *La investigación Científica*. Madrid: Ariel.

BURSTIN, J.(1966). "Dispositions caractérielles et milieu familial dans l'évolution de l'enfant unique". *Psychiat. Enfant*, Vol.9, 397-445.

BURSZTEJN, C., PELLER, L., GARDONE, M.C. & EBTINGER, R.(1988). "La nosographie des psychoses infantiles".. *Ann. Psychiatrie*, Vol.3, 391-398.

BURSZTEJN, C. et POMES, J.C.(1989). "Problèmes posés par la standardisation des données cliniques en psychiatrie de l'enfant".. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 37 (12), 545-549.

BURSZTEJN, C., ROHMER, J.G. et NOBELLIS, P.(1990). "CFTMEA et psychoses de l'enfant: résustats de'une étude su 144 cas". *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence*, 38 (10- 11).

BUSS, D.M., BLOCK, J.H., BLOCK, J.(1980). "Preschool activity level: Personality correlates and developmental implications". *Child Development*, 51, 401-408.

BUTCHER, J.N. & SPIELBERGER, Ch.D.(1982). *Advances in Personality Assesment*. Nueva York: Erlbaum.

CABAL BRAVO, J.C. y otros.(1989). "Personalidad-Dependencia: Orientaciones conceptuales". *Revista Española de Drogodependencias* 3, 14, 161-166.

CABALEIRO, F.(1981). "Importancia de la perspectiva familiar en la Clínica Psiquiátrica". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1, 37-47.

CABALEIRO, F. y ESCRIVA, A.(1986): "Salud Mental y grupos de Prevención Primaria en un Program materno-infantil". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil*, Vol. I, 149-157.

CACQUERAY, B. de, GEISSMANN, C. et GEISSMANN, P.(1972): "Psychothérapie d'une psychose infantile". *Bordeaux- Médical*, N.4, 369-374.

CAHN, R., CAPUL, M. et CAHN-FILACHET, D.(1961): "Le devenir des enfants inadaptés dix ans après leur séjour au Centre d'Observation de Vitry-sur-Seine". *Sauvegarde de l'enfance*, 16 (7-8), 621-702.

CAHN, R.(1962): "Les structures psychopathologiques des enfants inadaptés". *La Psychiatrie de l'Enfant*, 1 (5), 255-316.

CAHN, R.(1983): "Les structures intermédiaires". *Psychiatr. Enfant*, XXVI (1), 257-298.

CAIRNAS, R. (Ed.).(1979). *The analysis of social interactions*. Hillsdale: N.J. Erlbaum.

CALONGE ROMANO, I.(1987). "La Actualidad del Psicodiagnóstico Clínico". *Boletín de Psicología*, 4.

CAMPION, J.(1987). *El niño en su contexto*. Madrid: Paidós. M.E.C.

CANTOR, P.(1983). "Depression and suicide in children". En C.E. WALDER y M.C. ROBERTS, *Handbook of Clinical Child Psychology*. Nueva York: John Wiley.

CANTWELL, D.P. & CARLSON, G.A.(1987): *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Ed. Martínez Roca..

CAPAFONS, J.I., SOSA, C.D., ALCANTUD, F. & SILVA, F.(1986). "La información diagnóstica general: una pauta estructurada de anamnesis para niños y adolescentes". *Evaluación Psicológica. Psychological Assessment*, 3, 13-45.

CAPLAN, G.(1955): *Emotional problems of early childhood*. Nueva York: Basic Books.

CAPLAN, G.(1985). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Barcelona: Paidós.

CARDOZE, D.(1984). "Observación y registro de síntomas depresivos del niño". *Rev. Neur. Psiqu. Infantil*, 11 (4), 105-124.

CAREY, W.B. y McDEVITT, S.C.(1978). "Stability and change in individual temperament diagnoses from infancy to early childhood". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 331- 337.

CARMICHAEL, L.(1964). *Manual de Psicología Infantil* (2ª ed.). Barcelona: El Ateneo.

CARRETERO, M.(1980). "Desarrollo intelectual durante la adolescencia: competencia, actuación y diferencias individuales". *Infancia y Aprendizaje*, 12, 81-90.

CARRETERO, M., PALACIOS, J. y MARCHESI, A.(1986). *Psicología evolutiva. Tomo 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza Psicología.

CASADEBAIG, F. & CHEVALIER, A.(1976). "Etude comparative entre les caractéristiques familiales et sociales des enfants pris en charge au Centre A. Binet en 1972-73-74 et celles d'un groupe d'enfants des écoles du XIII arrondissement".

CASADEBAIG, F., CHEVALIER, A., DIATKINE, R., GABEL, M. & LÉBOVIVI, S.(1978). "L'étude du paramètre sexe dans les cas suivis en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent". *Psychiatr. Infant.*, Vol.21, 237-295.

CASADEBAIG, F., CHEVALLIER, A. & BOURSIER, P.(1978). "Activité professionnelle des mères de consultants d'un centre de santé mentale infanto-juvénile". *Rev. Neuropsychiatr. Infant.*, 26 (1), 3-12..

CASADEBAIG, F. et ESCOSTEGUY, N.(1982). "Etude de l'indication thérapeutique "unités de soins intensifs" comparée aux indications thérapeutiques de "cure ambulatoire" et hôpital de jour". *Psychiatr. Infant.*, XXV (2), 423-438.

CASADEBAIG, F. et QUEMADA, N.(1989). "Morbidity psychiatrique infanto-juvénile. Prise en charge en Loire-Atlantique incidence annuelle". *L'information psychiatrique*, Vol.9, 945-953.

CASADO FLORES, M.(1985). "Diagnóstico del síndrome del niño maltratado". *An. Esp. Pediatr.*, Vol.22, 171-173.

CASAS i AZNAR, F.(1987). "La marginación infantil y juvenil". *Revista de Psiquiatria y Psicología Humanista*, 21, 18-28.

CASTELLS CUIXART, P.(1983). "Actitud del pediatra ante el divorcio". *Arch. Pediatr.*, Vol.34, 1-2.

CASTELLS CUIXART, P.(1983). "Estados depresivos en la infancia". *Arch. Pediatr.*, Vol.34, 517-524.

CASTELLS CUIXART, P.(1983). "Psicopatología de los hijos de padres separados". *Arch. Pediatr.*, Vol.34, 245-250.

CASTELLS CUIXART, P.(1983). *Guía práctica de la salud y psicología del niño*. Barcelona: Ed. Planeta.

CASTELLS CUIXART, P.(1985). "Depresiones en la infancia y adolescencia". *Monografías de Pediatría*, N.27, 13-20..

CASTELLS, M. y DOMENECH, E.(1987). "Estudio de la conducta del recién nacido de peso elevado". *Acta Pediátrica Española*, 6, 351-322.

CATTELL, R.B.(1978). "Principios fundamentales de los tests de personalidad proyectivos". En H.H. ANDERSON y G.L. ANDERSON (Eds.), *Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico*.

CAUTELA, A.R. & DRABMAN, R.S.(1977). "Current Developments in the Behavioral Assessment of Children". En B. LAHEY y A. KAZDIN (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*. Vol.I. Nueva York: Plenum.

CHAN, P.(1962). *La relation fraterne chez l'enfant*. París: Ed. PUF.

CHANSEAU, J.-Cl.(1990). "Classification et Renouveau de l'Échange Clinique". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 38 (10- 11).

CHATEL, M.M.(1988). "Incidences des techniques modernes sur la paternité ou "on demande un enfant hors sexe". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 36 (11-12), 475-479.

CHAZAN, M. & FACKSON, S.(1971). "Behaviour problems in the infant school". *J. Child Psychol. Psychiatry*, Vol.12, 191-210.

CHAZAUD, J.(1979). *Las psicoterapias del niño*. Barcelona: Ed. Oikos-Tau.

CHERRO, M., ESTABLE, B., MUSETTI, D., OYENARD, R., PREGO, C., SILVA, M. et SZABO, D.(1990). "Vicissitudes de l'application de la Classification Française dans notre milieu". *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 38 (10-11), 569-573.

CHEVALLIER, P.(1989). "Prévalence et Facteurs Sociodémographiques". *Psychiatrie de l'enfant*, Vol XXXII (2), 543-591.

CHEVALLIER, PH.(1988). "Etude statistique comparative des consultants d'un DHM et d'un CMPP". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 36 (10), 391-398.

CHILAND, C.(1971). *L'enfant de six ans et son avenir*. París: Presses Universitaires de France.

CHOROT, P.(1984). "Perspectivas actuales y futuras de la evaluación psicológica". *Rev. de Psic. Gral. y Aplic.*, 2 (39), 281- 312.

CHRISTOPHERSEN, E R., BERNARD, J.D., FORD, D. & WOLF, M.M.(1976). "The family training program: Improving parent-child interaction patterns". En E.J. MASH, L.C.

HANDY y L.A. HAMERLYNCK (Eds.), *Behavior modification approaches to parenting*. Nueva York.

CIADDELLA, P., MAMELLE, N., MEASSON, A & ILLANDY, P.(1986). *Enquête épidémiologique sur l'autisme précoce dans la Rhône*. Communication à la Société de Psychiatrie de l'Est.

CIMIERO, A.R. y DRABMAN, R.S.(1977). "Current developments in the behavioral assessment of children". En B.B. LAHEY y A.E. KAZDIN (Eds.): *Advances in Clinical Child Psychology*, Vol.1. Nueva York: Plenum Press.

CLARIANA, M.(1987). *Estudi de les dimensions de la personalitat i la psicopatologia infantil mitjançant l'adaptació catalana del PIC*. Barcelona: Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.

CLARIZIO, H.F. & McCOY, G.F.(1981). *Trastornos de la Conducta en el Niño*. México: El Manual Moderno, S.A.

COBO MEDINA, C.(1983). *Paidopsiquiatría dinámica*. Madrid:Ed. Fondo Científico Roche.

COBO MEDINA, C.(1986). "Estadísticas y reflexiones sobre actos suicidarios en niños y adolescentes españoles". *Rev. Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, XVII (5), 253-268.

COELLO GARCIA, M.T. y GARRIGA TRILLO, A.J.(1989). "Funciones psicofísicas: Un estudio con niños". *Revista de Psicología*, 42 (4), 455-462.

COHEN, J.(1973). *Evaluación de la personalidad*. México: Trillas.

COLEMAN, J.C.(1987). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Ediciones Morata, S.A.

COLMENARES, J.A. & DURO J.C.(1981). "Centro municipal de Salud de Getafe".. *Revista de trabajo social*.

COMMITTEE ON ABILITY TESTING.(1982). "Ability testing Uses consequences and controversies". En A.K. WIGDOR y W.R. GARNET (Eds.). Washington: Washington National Acad. Press.

CONDE, F.(1985). *Las relaciones personales y familiares de los jóvenes*. Barcelona: Publicaciones de Juventud y Sociedad, S.A.

CONDE LOPEZ, V. y BALLESTEROS ALCALDE, M.C.(1989). "Clasificaciones de las depresiones infantiles". En GUIMON, J., MEZZICH, J.E. y BERRIOS, G.E., *Diagnóstico en psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores S.A.

CONE, J.D., DELAWYER, D.D. & VOLFE, V.V.(1985). "Assessing Parent Participation. The Parent/Family Involvement Index". *Exceptional Children*, 5, 417-424.

- CONGER, R.D.(1981). "The Assessment of dysfunctional Family Systems". En B.B. LAHEY y A.E. KAZDIN (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*. Vol. 4. Nueva York y Londres: Plenum Press.
- CONNELL, H.M., IRVINE, L. & RODNEY, J.(1982). "The prevalence of psychiatric disorders in rural school children". *Aust. N.Z.J. Psychiatry*, Vol.16, 43-46.
- CONYNE, R.K.(1983). "Two critical issues in primary prevention: What it is an how to do it". *Personel and Guidance Journal*, 61, 331-334.
- COOPER, B. y MORGAN, H.G.(1973). *Epidemiología psiquiátrica*. Madrid:Ed. PANAP.
- COPELAND, A.P.(1985). "Individual differences in children's reactions to divorce". *Journal of Clinical Child Psychology*, 14, 11-19.
- CORMAN, L.(1961). *El test del dibujo de la familia*. Buenos Aires:Ed. Kapelusz.
- CORMAN, L.(1967). *El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica*. Buenos Aires: Kapelusz.
- CORMAN, L.(1968). *L'examen psychologique d'un enfant*. Bruxelles: Dessart et Marchan.
- CORMAN, L.(1972). *Le Test PN. Manuel*. París: Presses Universitaires de France.
- CORMAN, L.(1972). *Psicología de la rivalidad fraterna*. Barcelona: Herder.
- COROMINAS, R., BAYO, C.(1985). "Relación entre recién nacidos de alto riesgo y sus padres, algunas reflexiones psicodinámicas". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, V (14), 330-334.
- CORRALIZA-RODRIGUEZ, J.A. & FERNANDEZ DOLS, J.M.(1987). "La Evaluación ambiental: hacia un modelo de enfoques múltiples". *Eval. Psic.*, 3 (2) 191-211.
- COSNIER, J.(1984). "Observation directe des interactions precoces ou les bases de l'épigénèse interactionnelle". *Psychiatr. Enfant*, N. 1, Vol.XXXVII. pp.107-126.
- COSTAS, C. & DOMENECH, E.(1986). "Metodología de la investigación en Psicopatología de la primera infancia". *Revista de Neuropsiquiatría Infantil*, 7, 77-83.
- COSTAS, C. y DOMENECH, E.(1986). "Metodología de la investigación en Psicopatología de la primera infancia". *Revista de Neuropsiquiatría Infantil*, 7, 77-83.
- COSTAS, C. y DOMENECH, E.(1987). "Análisis de la escala para la evaluación del comportamiento neonatal de T.B. Brazelton: valoración de la conducta del recién nacido de bajo peso". *Evaluación Psicológica. Psychological Assessment* 3, 383-407.

- COSTAS, C., CASTELLS, M. & DOMENECH, E.(1988). "Comparación entre la conducta de recién nacidos de peso elevado y bajo". *Acta Pediátrica Española*, 8, 501-506.
- COX, A.D.(1988). "Maternal depression and impact on children's development". *Arch. Dis. Child.*, Vol.63, 90-95.
- CRAIK, K.H.(1973). "Environmental Psychology". *Annales Rev.*, 24, 403-422.
- CRAIK, K.H.(1976). "The personality research paradigm in environmental Psychology". En S. WAPNER, S. COHEN y B. KAPLAN (Eds.), *Experiencing the Environment*. Nueva York: Plenum.
- CRAMER, B.(1979). "Sur quelques présupposés de l'observation directe". *Nouvelle Revue de psychanalyse*, N.19, 113- 130.
- CRAMER, B.(1982). "La psychiatrie du h  b  ". En BRAZELTON, T.B., CRAMER, B. KREISLE' B. SCHAPPI, B. ey SOULE, M., *La dynamique du nourrisson*. Paris: Editions ESF.
- CRAMER, B.(1985). "Les psychoses infantiles et les étapes du développement de la séparation et de l'individuation chez Margaret Mahler". En *Traité de psychiatrie enfant-adolescent*. Tema 2. Paris: P.U.F.
- CRAMER, B.(1985). "Psychothérapies du nourrisson". En LEBOVICI, S., DIATKINE, R. et SOULE, M., *Traité de psychiatrie de l'enfant*. T. II. Paris: P.U.F.
- CRAMER, B.B.(1987). "Objective and Subjective Aspects of Parent- Infant Relations: An Attempt at Correlation Between infant Studies and Clinical Work". En J.D. OSOFSKY (Ed.), *Handbook of Infant Development* (2^a ed.). Nueva York: John Wiley & Sons.
- CROMBACH, L.J.(1972). *Fundamentos de la exploración psicológica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- CRUZ, M.A. de la & ALONSO TAPIA, J.(1987). "Evaluación del Lenguaje". En R. FERNANDEZ BALLESTEROS (Ed.), *Psicodiagnóstico*. Vol. II. (4^a ed.). Madrid: UNED.
- CUMMINGS, J.D.(1944). "The incidence of emotional symptoms in school children". *British Journal of educational Psychology*, Vol.14, 151-161.
- CUTTS, N. & MOSELY, M.(1954). "The only Child. a guide for parents and only children of all ages". En J. GARCIA YAG  E y A. LAZARO, *Condicionamientos ambientales de la personalidad*, Madrid: Ed. Magisterio Español..
- CYTRYN, L. & al.(1980). "Diagnosis of Depression in Children: A reassessment". *American Journal of Psychiatry*, 137, 22-25.
- DAGUE, P.(1982). "Les questions intellectuelles dans l'adaptation française du WISC-R". *Revue de Psychologie Appliquée*, 32 (4) 185-199.

- DANA, R.H.(1985). "The Thematic apperception Test with adolescents". En A.I. RABIN (Ed.), *Projective Techniques for children and adolescents*. Nueva York: Springer.
- DANON-BOILEAU, H.(1989). "L'aide psychologique en faveur des étudiants: Intérêt d'une prise en charge médico-psychologique et pédagogique". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 37 (12), 591-598.
- DAVID, M.(1971). *El niño de 2 a 6 años. Vida afectiva. Problemas familiares*. Alcoy: Marfil.
- DAVIDSON, M.(1960). *De quelques anketes sur la fréquence des troubles psychologiques chez les enfants*. O.M.S. Séminaire sur la Guidance Infantile.
- DAVISON, F., GORNICKI, B. LEBOVIC, S., LEZINE, I.(1965). "El cuidado del niño en las guarderías". *Cuadernos de Salud Pública*, 28.
- DAVISON, J., CHOCHET, M.(1982). "Le suicide de l'adolescent (Etude epidemiologique)". *L'inform. Psychiatrique*, Vol.3, 67-93.
- DAWSON, G. & MESIBOV, G.B.(1983). "Childhood Psychoses". En C.E. WALKER y M.C. ROBERTS, *Handbook of Clinical Child Psychology*. Nueva York: John Wiley.
- DAZORD, A., GERIN, P., MANIFICAT, S., BEYER, H., PÉCHINÉ, C.(1989). "Enquête sur la pratique pédopsychiatrique de secteur. II. Les "consultants" et leurs motifs de consultation". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 37 (12), 581-590.
- DE CORRAL, P.(1987). "Evaluación de la terapia de pareja: diferentes modalidades de tratamiento". En E. ECHEBURUA (Ed.), *Parejas en conflicto: estrategias psicológicas de intervención*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- DE MIGUEL, M.(1985). "Estrategias metodológicas en los estudios longitudinales". *Revista de Investigación Educativa*, 6 (3), 252-270.
- DE PAUL OCHOTORENA, J.(1987). "Problemas de conducta en hijos de padres con trastornos psíquicos". En R. ALZATE DE HEREDIA, *Trastornos de conducta en la infancia*. V Cursos de Verano en San Sebastián. Bilbao: Servicio Editorial Universidad del País Vasco.
- DEBESSE, M.(1972). "La infancia en la historia de Psicología". En H. GRATIOT-ALPHANDERY y R. ZAZZO (Eds.): *Tratado de Psicología del Niño I. Historia y Generalidades*. Madrid: Morata.
- DELSON, J.A.(1980). *Handbook of Adolescence Psychology*. Nueva York: Wiley.
- DELVAL, J. Comp.(1978). *Lecturas de Psicología del niño*. Vol.1. Madrid: Alianza.
- DEMYER, M.K.(1983). "Deficiencias motoras, perceptivo-motoras e intelectuales de los niños autistas". En WING et al., *Autismo Infantil*. Madrid: Santillana.

DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL DEL GOBIERNO VASCO (1984). *Psiquiatría infantil*. Vitoria.

DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO DEL GOBIERNO VASCO (1988-89). *Informes de la Comisión para la Reforma de los Servicios de Salud Mental de la C.A.V.* Vitoria.

DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO DEL GOBIERNO VASCO (1990). *Bases técnicas para la reforma de la atención psiquiátrica y la promoción de la salud mental en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Vitoria.

DERRIENNIC, F., CASSOU, B., DESRIAUX, F.(1989). "Épidémiologique et mesure du vieillissement biologique". *Le Travail humain*, 3 (52),193-201.

DIATKINE, R.(1967): "Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant". *Psychiatr. Enfant*, Vol.10, 2-42.

DIATKINE, G.(1982). *El niño: de la observación a la terapia*. Barcelona: Médico-Técnica.

DIATKINE, R., AURAM, C.(1982). "Nouvelles voies thérapeutiques en psychiatrie de l'enfant". *Psychiatr. Enfant*, N. 2, Vol.XXV, 387-422.

DIATKINE, R.(1988).: "Difficultés de l'approche épidémiologique en psychiatrie infantile". *Evolut. psychiat.*, Vol.33, 213- 218.

DIATKINE, R.(1989). "Interprétations et processus psychanalytiques". *Revue française Psychanalyse*, 3, 803-811.

DIATKINE, R.(1990). "Développement psychique et transmission culturelle". *Enfance*, 1-2 (43) 25-32.

DIEZ-CUERVO, A.(1988). *Análisis neurológico del autismo: Heterogeneidad etiológica y subtipos*. V Congreso AETAPI. Cadiz.

DOLTO, F., OURY, J. et TOSQULLES, F.(1968). "L'enfant, la psychose et l'institution". *Recherches*, XII (68), 115-130.

DOMENECH, D.(1982). "Signos de alarma en el examen psicológico del neonato". *Anales Españoles de Pediatría*, 17, 131-145.

DORCES PANDO, V.(1988). "La utilización de las clasificaciones triaxiales en Psiquiatría y Salud Mental". *Psiquiatría Pública*, 1 (3), 3-12.

DOUDIN, P.A. (1983). "La comunicación en las familias "funcionales" y disfuncionales en jóvenes adolescentes". *Archivos suizos de Neurología, Neuro-cirugía y Psiquiatría*. Vol. 133, 223-227.

DSM III(1983). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. París: Masson.

- DUBORGEL, B.(1981). *El dibujo del niño. Estructuras y símbolos*. Barcelona: Paidós.
- DUCHE, D.J.(1970). "Evolution des idées sur le psychoses infantiles et l'autisme infantile". *La Revue de Praticien*, 20 (23), 3449-3465.
- DUCHE, D.J. (1977). *La psiquiatría del niño*. Barcelona: Ed. Oikos-TAU.
- DUGAS, M. et Le HEUZEY, M.F.(1988). "Nosologies et systèmes de recueil des données en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent". *Psychiatrie de l'enfant*, Vol.1, 5-47.
- DUGAS, M.(1989). "Recueil des données en psychiatrie de l'enfant". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 37 (12), 536- 539.
- DUKE DUNCAN, P., RITTER, P.L., DORNBUSCH, S.M., GROSS, R.T. & MERRILL CARLSMITH, J.(1985). "The effects of Pubertal Timing on Body Image. School Behavior and Deviance". *Journal of Youth and Adolescence*, 3, 227-235.
- DUNHAM, P.J.(1988). *Research methods in Psychology*. Nueva York: Harper and Kow.
- DUNN, J.(1986). *Relaciones entre hermanos*. Ed. Morata.
- EARLS FELTON.(1982). "Epidemiology and child psychiatry: future prospects". *Comprehensive Psychiatry*, 23 (1), 75-84.
- ECHEBURUA, E. y DE CORRAL, P. (1.990). "Las variables de personalidad en la Terapia de Conducta". En J.M. ZUMALABE y C. MAGANTO, *Tendencias actuales en el estudio y diagnóstico de la personalidad*. San Sebastián: UPV.
- EDELBROCK, C., COSTELLO, A. & KESLER, M.D.(1984). "Empirical corroboration of Attention Deficit Disorder". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 285-290.
- EDELBROCK, C. y COSTELLO, A.J.(1988). "Structured psychiatric interviews for children". En M. RUTTER, A.H. TUMA, I.S. LANN (Eds.): *Assessment and diagnosis in Child Psychopathology*, Londres David Fulton Pub
- EDWARDS, C.P. & WHITING, B.(1978). *Sex differences in children's social interaction*. In sex differences and the effects of modernization on family life cross-culturally. Report to Ford Foundation.
- EISSMANN, M.P.(1975). "Le travail de secteur en psychiatrie infanto-juvénile".. *Bordeaux Médical*, N. 21, Vol.8. pp.2329-2335.
- ELLIS, A.(1962). *Reason and emotion in psychoperapy*. Nueva York: Lyle Stuart.
- EME, R.F.(1979). "Sex differences in childhood psychopathology: review".. *Psychol. Bull.*, Vol.86, pp.574-595.

ERIKSON, E.H.(1973). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Hormé.

ESCALONA, S.K.(1963). "Patterns of infantile experience and the developmental process" *The Psychoanalytic Study of the Child* 18, 197-244

ESCALONA, S.K.(1974).: "Programmes d'intervention pur les enfants à haut risque: contribution de la psychiatrie de l'enfant et de la théorie du développement". En ANTHONY, E.J., CHILAND, C. et KOUPERNIK (eds.), *L'enfant à haut risque psychiatrique*. París:

ESCARIO, L.(1985).: "Psicoterapia en el periodo de latencia". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil*, Vol.0, 101-111.

ESCARIO, L. (1989). "Diagnostico diferencial de la fobia en la infancia". En GUIMON, J., MEZZICH, J.E. y BERRIOS, G.E., *Diagnóstico en psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores S.A.

ESCORIZA, J.(1989). *Evolución del dibujo infantil de 2 a 6 años*. Barcelona: P.P.U.

ESCUDERO ALVARO, C., GARCIA VILLANOVA, F. y RICO GARCIA, M.P.(1989). *El proceso de recepción-evaluación desde un programa de salud mental infantil*. Comunicación presentada en el Simposium de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Granada.

EYSENCK, H.J. & EYSENCK, M.W.(1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Pirámide.

EYSENCK, H.J.(1989). "El Lugar de las Diferencias Individuales en la Psicología Científica". *Estudios de Psicología*, 39/40, 161- 206.

FABRE, J.P., MIDENET, M., COUDROT, A. y COUDROT, M.(1983). *Psicopedagogía del niño psicótico*. Barcelona: Masson.

FAGIN, L. y PURSER, H.(1986). "Desarrollo del registro psiquiátrico del distrito de Waltham Forest (London)". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, N. 16, Vol.Vi. 153-158..

FAIN, M., KREISLER, L., et SOULE, M.(1974). *L'enfant et son corps*. París.:P.U.F..

FALKNER, F.(1981). *Prevención en la niñez de los problemas de salud de los adultos*. Ginebra: Ed. OMS.

FAVA, A.G.(1965). "Consultation psychiatry in an italian guidance center: a report on 200 referrals". *Child Psychiatry and human development*, N. 2, Vol.12., 90-95.

FERNANDEZ BALLESTEROS, R.(1980). *Psicodiagnóstico. Concepto y metodología*, Madrid Cincel-Kapelusz

FERNANDEZ BALLESTEROS, R. y VIZCARRO, C.(1984). *Problemas metodológicos en el análisis funcional de la conducta*. I Congreso del Colegio de Psicólogos. Madrid.

FERNANDEZ BALLESTEROS, R.(1987). "Aproximación histórica al Psicodiagnóstico". En R. FERNANDEZ BALLESTEROS (Eds.): *Psicodiagnóstico*, (4ª ed.), Madrid UNED

FERNANDEZ BALLESTEROS, R.(1987). "Técnicas de Observación". En R. FERNANDEZ BALLESTEROS (Ed.), *Psicodiagnóstico*. Vol.2. (4ª ed.). Madrid: UNED.

FERNANDEZ ROGERO, C. y OLABARRIA, B.(1982). "Programa de Salud parento-infantil del Centro de Promoción de la Salud de Carabanchel: Un modelo de Prevención Primaria para Salud mental". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, N. 3, Vol.II. 67- 78.

FERRARI, P., LAUNAY, J.M., BURSZTEJN, C., MOULIAS, R., DREUZ, C.(1984). *Etude clinique, biochimique et immunologique de l'autisme infantile*. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française (LXXXIIe session). Luxemburgo.

FERSTER, C.B. & SIMONS, J.(1966). "Behavior therapy with children". *Psychological Record*, 16, 65-71.

FERSTER, C.B.(1978). "Un análisis experimental de fenómenos clínicos". En S.W. BIJOU y E.R. INESTA, *Modificación de conducta*. México: Trillas.

FIERRO, A.(1980). "Atención psiquiátrica y psicoterapia del deficiente mental". En GONZALEZ DE CHAVEZ, M. (coord.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid: Ed. Mayoría.

FIERRO, A.(1982). *Técnicas de investigación de la personalidad*. Salamanca: ICE.

FIERRO, A.(1988). *Psicología Clínica. Cuestiones actuales*. Madrid: Pirámide.

FISH, B.(1959). "Longitudinal observations of biological deviations in a schizophrenic infant". *Am. J. Psychiat.*, N. 1, Vol.116., 25-31..

FLAVIGNY, H.(1965). "Le role du père dans les troubles psychopathologiques de l'enfant: conclusions". *Rev. Neuropsychiatr. infant.*, Vol.13, 769-770.

FLAVELL, J.(1974). *La psicología evolutiva de Jean Piaget*. Buenos Aires: Paidós.

FLETCHER, R.H., FLETCHER, S.W. & WAGNER, E.H.(1989). *Epidemiología Clínica*. Barcelona: Consulta.

FLOREZ, L.J.A. y otros.(1990). "Trastornos psicofisiológicos de los hijos de alcoholicos" *Revista de Psicología General y Aplicada* 43 (1), 85-95

FOLCH CAMARASA, LI.(1985). *Aproximación a la historia de la Psiquiatría Infantil en España*. Conferencia de clausura de las I Jornadas de la sección de Salud Mental Infanto-Juvenil de A.E.N. Madrid.

FOLSTEIN, S. & RUTTER, M.(1987). "Autism: Familial aggregation and genetic implications". En E. SCHOPLER y G.B. MESIBOV (Eds.), *Neurobiological issues in autism*. Nueva York y Londres: Plenum.

FONSECA, V. (1983). *Introducción a las dificultades del aprendizaje*. Madrid:Ed. CITAP.

FONT, J.M.L.(1978). *Test de la familia. Cuantificación y análisis de variables socioculturales y de estructura familiar*. Barcelona: Oikos-Tau.

FORDHAM, M.(1965). "L'autisme infantile".. *Psychiatrie de l'Enfant*, N. 1, .Vol.VIII.

FORNS, M.(1974). "El Examen Psicológico". En M. FORNS, C. BUIRA y J.M. DOMENECH, *Psicodiagnóstico y Estadística*. Barcelona: CEAC.

FORNS, M.(1986). *Psicodiagnóstico*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

FORTEZA, A.Z. y PRIETO, J.M.(1981). "Hacia una estructuración teórica de la Psicología Diferencial". *Estudios de Psicología*, 4, 68-75.

FOXMAN, B., BURCIAGA VALDEZ, R., BROOK, R.H.(1986). "Enuresis infantil. Prevalencia, importancia que se le atribuye y tratamientos prescritos". *Pediatrics*, N. 4, Vol.21., 227-232..

FOZ, J.P., HALL, C.E., EVELBACL, L.R.(1984). *Epidemiología*. México: Ed. La Prensa Médica Mexicana..

FRANK DE VERTHELYI, R.(1985). *Interacción y proyecto familiar*. Barcelona: Gedisa.

FRANK, G.H.(1975). *Psychiatric diagnosis: a review of research*, Nueva York Pergamon Press

FRANKENBURG, W.K., THORNTON, S.M. & COHRS, M.E.(1981). *Pediatric Developmental Diagnosis*. Nueva York: Thieme-Stratton.

FREEMAN, B.J. y SCHROTH, P.(1984). "The developmental of the behavioral observation system (BOS) for autism" *Behavioral Assessment* 6, 117-187

FREEMAN, F.S.(1962). *Theory and practice of psychological testing*, Nueva York Holt, Rinehart and Winston

FREIRE ARTETA, B. (1986). "Interrupción prematura del tratamiento en psiquiatría. Una revisión bibliográfica". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, VI (16), 22-42.

FREIRE ARTETA, B. (1989). "El estudio de la interrupción prematura del tratamiento como evaluación de los programas terapéuticos en salud mental". *Psiquis*, X (316), 56-58.

FREIRE ARTETA, B. (1990). "Estudio comparativo de tres grupos de pacientes con distinta continuidad terapéutica". *R.A.E.N.*, X (33), 221-227.

- FREUD, A.(1936). *El Yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós.
- FREUD, A. & BULLINGHAN, O.(1954). *Niños sin hogar*. Buenos Aires: Ed. Paidós..
- FREUD, A.(1962). "Assessment of Childhood Disturbances". *Psychoanal. Study Child*, 17, 149-158.
- FREUD, A.(1971). *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- FREUD, A.(1977). *El psicoanálisis infantil y la clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- FREUD, A.(1978). "Las relaciones entre Pediatría y Psicología del niño". *Hexágono Roche*, Vol.1, 1-11.
- FREUD, S. (1909). *Análisis de la fobia de un niño de 5 años*. Obras Completas, 1972. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1916). *Lecciones introductorias al Psicoanálisis*. Obras Completas, 1972. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1916). *Los sueños*. Obras Completas, 1972. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FULLARD, W., McDEVITT, S.C., CAREY, W.B.(1984). "Assessing Temperament in One-to-Three-Year-Old Children" *Journal of Pediatric Psychology* 2, 205-217
- GALIANA, J., GIL, M.(1986). "Problemas metodológicos en la evaluación de psicofármacos en la infancia". *Rev. Neur. Psq. Inf.*, N. 8, Vol.II, 21-26.
- GAP (Group for the Advancement of psychiatry).(1972). *Psychological disorders in childhood: theoretical considerations and a proposed classifications formulated by the comitée of child psychiatry*. Vol. 6. Report 62. Nueva York: GAP.
- GARCIA GONZALEZ, J. y APARICIO BASAURI, V.(1990). *Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación*. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.
- GARCIA MARCOS, J.A.(1987). "La entrevista". En R. FERNANDEZ BALLESTEROS (Dir.), *Psicodiagnóstico*, Vol 1, Madrid: UNED.
- GARCIA SANCHEZ, J.N.(1984). "Evaluación Psicológica del niño autista y otros sujetos afines". *Siglo Cero*, 93, 51-60.
- GARCIA YAGÜE, J.(1975). *Historia del Psicodiagnóstico*. Mineo.
- GARCIA YAGÜE, J.(1987). "Modelos cuantitativos en Investigación". En G. YAGÜE y Otros, *Diagnóstico pedagógico y técnicas de la orientación*. Madrid: UNED.
- GARFIELD, D.L. (1989). "Giving up on child psychotherapy: who drops out?. Comment on Weisz, Weiss and Langmeyer". *J. Consult. Clin. Psychol.*, 57 (1).

GARMEZY, N.(1974). "Etude de la compétence d'enfants à haut risque". En ANTHONY et al., *L'enfant dans à haut risque psychiatrique*. Parfs: Presses Universitaires de France.

GARRALDA, M.E. & BAYLEY, D.(1980). "Child and family factors associated with referral to child psychiatrists". *British Journal of Psychiatry*, Vol.153, 81-89.

GARRIDO, V.(1984). *Delincuencia y sociedad*. Madrid: Ed. Alhambra.

GARRONE, S.(1962). "Etude statistique et génétique de la schizophrénie à Genève de 1901 à 1950". *J. Génét. Hum.*, Vol.11, 89-219.

GEISSMAN, C.L. et GEISSMAN, P.(1984). *L'enfant et sa psychose*. Parfs.:Ed. Dumod.

GEISSMANN, C. et GEISSMANN P.(1981). "L'abord familial dans le traitement des psychoses infantiles". *Psychiat. Franç.*, Vol.3, 19-26.

GELFAND, D. y HARTMANN, D.P.(1975). *Child behavior analysis and therapy*. Nueva York Pergamon Press.

GELFAND, D.M. & PETERSON, L.(1986). *Child development and Psychopathology*. London: Sage Publications.

GENEVARD, G.(1956). *Destiné de l'enfant illégitime. Etude psychiatrique socles de 150 et adultes*. Lausana: Thèses médecine.

GENOVARD, C., GOTZENS, C. y MONTANE, J.(1987). *Problemas Emocionales en el Niño*. (2ª ed.). Barcelona: Herder.

GERIN, P., DAZORD, A., MANIFICAT, S., BEYER, H., PÉCHINÉ, C. et SALI, A.(1989). "Enquête sur la pratique pédopsychiatrique de secteur. I. Réflexions sur la méthodologie". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, N. 12, Vol.37, 573-580.

GERHARDT, N. (1991). *Trastornos psíquicos en la infancia y juventud*. Barcelona: Ed. Herder.

GERMAIN y RODRIGO(1970). *Medida de la Inteligencia*. Madrid: Espasa-Calpe.

GESELL, A. & AMATRUDA, C.(1971). *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Métodos clínicos y aplicaciones prácticas*. Buenos Aires: Paidós.

GESELL, A.(1972). *El niño de 1 a 5 años* (7ª ed.). Buenos Aires: Paidós.

GESELL, A.(1977). *Diagnóstico del desarrollo*. Buenos Aires: Paidós.

GIEL, R., TEN HORN, G.H.M.M.(1985).: *The use of psychiatric case registers in Public Health*. Department Social Psychiatry. Universidad de Gröningen..

GILANDAS, A. & COLS.(1984). *Handbook of Neuropsychological Assessment*. Nueva York: Grune and Stratton.

- GILLBERG, C.(1984).: "Infantile autism and other psychoses in a swedish urban region. Epidemiological aspects". *J. Child Psychol. Psychiatry*, Vol.25, 35-43.
- GLASSER, A.J. & ZIMMERMAN, I.L.(1972). *Interpretación clínica de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños*. Madrid: Ediciones TEA, S.A.
- GLASS, G.V. & ELLETT, F.S.(1980). "Evaluation research" *Annual Review of Psychology*, 31, 211-22.
- GOLD, R.(1982). *Epidemiología y Salud Pública*. México: McGraw Hill Edit.
- GOLDSTEIN, G. & HERSEN M.(1984). *Handbook of Psychological assesement*. Nueva York: Pergamon. Elmsford.
- GOLSE, B.(1985). *Le developpement affectif et intellectuel de l'enfant*. París: Ed. Masson.
- GONIN, J.P.(1981). "Sur la prédominance des garçons dans les consultations de Psychiatrie Infantile". *Psychol. méd.*, Vol.13, 257-264.
- GONZALEZ RODRIGUEZ, B.(1987). "Contribuciones de la sociología al estudio de la salud y la enfermedad mental". *Jano*, N. 760, Vol.XXXII, 39-77.
- GOÑI SARRIES, A. y CORTAIRE TIRAPU, R. (1991). "Evaluación de la asistencia de la salud mental juvenil en Navarra". *Psiquis*, 12 (271),45-54.
- GOODNOW, J.(1979). *El dibujo infantil*. Madrid: Ed. Morata.
- GRAHAM,P.J.(1977). *Epidemiological approach in child psychiatry*. London: Ed. Academic Press.
- GRASSANO DE PICCOLO, E.(1977). *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- GRATIOR-ALPHANDERY, H. & ZAZZO, R.(1972). *Tratado de psicología del niño (I)*. Madrid: Ediciones Morata.
- GREENHAM, D.A., GUNDERSON, J.G. & CANNING, D. (1989): "Parents "attitudes and patients" behavior: a prospective study". *Am. J. Psychiatry*, 146 (2), 226-230.
- GREEN, A.(1969). *La nosographie psychanalytique des psychoses*. Compte rendu du Colloque de Montreal. Excerpta Medica Found.
- GREEN, J.A., GUSTAFSON, G.E., WEST, M.J.(1980). "Effects of infant development on mother-infant interaction". *Child Development*, 51, 199-207
- GREGORY, I.(1970). *Psiquiatría clínica*. México: Interamericana.

GRIGORIU, M.(1978). "Un instrumento de medida de la madurez emocional en el niño de 5 a 7 años". *Infancia y Aprendizaje*, 6, 90-99.

GROSS, R. (1979): *Medizinische Diagnostik* Springer. Berlín.

GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY (GAP)(1966). *Trastornos psicopatológicos de la niñez*. Montevideo: Propuesta Delta Editorial.

GROUPE DE TRAVAIL DE PEIDO-PSYCHIATRIE.(1989). "Module commun standardisé de recueil des données épidémiologiques". *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, N. 12, Vol.37.

GUIGEN, Y.(1959). "Etudes statistiques sur le groupe de consultants de 1951-1952 à l'Institut Edouard Claparède (Paris)". *Sauvegarde Enfance*, Vol.5-6, 393-408.

GUILLAUMIN, J.(1979). *La dinámica del examen psicológico*. Madrid: Magisterio Español.

GUIMON, J., MEZZICH, J.E. y BERRIOS, G.E.(1989). *Diagnóstico en Psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores S.A.

GUSKIN, S. L., BARTEL, N.R., McMILLAN, D.L.(1975). "Perspective of the labeled child". En N. HOBBS (Ed.): *Issues in the classification of children*, Vol 2, San Francisco Jossey-Bass

HAEUSSLER, I.M.(1981). "Desarrollo intelectual del niño menor de dos años según nivel socioeconómico". *Revista chilena de Psicología*, IV (2), 99-108

HALEY (1980). *Nuevas estrategias en terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.

HAMEURY, L., ADRIEN, J.L., ROUX, S., DANSART, P., MARTINEAU, J. et LELORD, G.(1989). "Standardisation des données par classification multi-axiale dans les troubles du développement global de l'enfant". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, N. 12, Vol.37.

HASLAM, D.(1984). *Trastornos del sueño infantil*. Barcelona: Martínez Roca.

HAUSER, S.T., LIEBMAN, W., HOULIHAN, J., POWERS, S.O., JACOBSON, A.M., NOAM, G.G. & WEISS, B.(1985). "Family Contexts of Puberal Timing". *Journal of Youth and Adolescence*, 4, 317-337.

HAVIGHURST, R.J. & TEBA, H.(1972). *Carácter y personalidad del adolescente*. Madrid: Marova.

HAYNES, S.N.(1978). *Principles of behavioral assessment*, Nueva York Gardner Press.

HELLBRÜGGE, Th. & COL.(1980). *Diagnóstico funcional durante el primer año de vida*. Alcoy: Ed. Marfil.

HENDERSON, A.S., KRUPINSKI, J., STOLLER, A.(1971). "L'application de l'épidémiologie à la psychiatrie de l'adolescent". Confrontations Psychiatrique. Paris: Ed. PUF.

HENGVELD, M.W., HUYSE, F.J., VAN DER MAST, R.C. & TUINSTRA, C.Jr(1988). "A proposal for standardization of psychiatric consultation-liaison data". *Gen. Hosp. Psychiatry*, N. 6, Vol.10, 410-422.

HERJANIC, B. y REICH, W. (1982). "Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 307-324.

HERMANN, P.(1984). "Classification et Epidémiologie". *Confront. Psychiatr.*, Vol.24, 193.

HERNANZ, M. (1990): Análisis de la Demanda en un Centro de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Tesis Doctoral. Bilbao.

HINDLEY, C.B.(1967). "Comparasion des données longitudinales de cinq échantillons européens. Méthodes et résultats". *Enfance*, Vol.2, 141-155.

HOBBS, S. & LAHEY, B.(1977). "The behavioral approach to «learning disabled» children". *Journal of Clinical Child Psychology*, 6, 10-14.

HODGES, K., KLINE, F., STERN, L., CYTRYN, L. & McKNEW, D.(1982). "The development of a child assessment interview for research and clinical use". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 173- 189.

HOLLAND, C.T.(1970). "An interview guide behavioral counseling with parents" *Behavioral Therapy*, 1, 70-79.

HOLLANDER, A. & HEBBORN BRASS, U. (1989). "Termination of long term treatment in a residential home: quotas , conditions and additional comments". *Acta paedopsychiatr.*, 52 (4), 243-253.

HOLMES, P. (1983): "Dropping out" from an adolescent therapeutic group: a study of factors in the patients and their parents which may influence this process". *J.Adolesc.*, 6 (4), 333-346.

HOLMES, D.L.(1984). *The developments of infants born at risk*. Nueva York: Lawrence Erlbaum Ass.

HOPKINS, J.R.(1987). *Adolescencia. Años de transición*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.

HORASSIUS, N. et HORASSIUS, M.(1982). "La psychiatrie infantile sectorisée. Approche d'un vilan réflexif en Vendée". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, N. 1-2, Vol.30, 31- 36.

- HOSHINO, Y., KUMASHIRO, H., YASHIMA, Y., TACHINABA, R. & WATANABE, M.(1982). "The epidemiological study of autism in fukushima-ken". *Folia Neurol. Psychiatr. Japonica*, Vol.36, 115-124.
- HOWE, P.A. & SILVERN, L.E.(1981). "Behavioral observation of Children During Play Therapy: Preliminary Development of a Research Instrument". *Journ. Pers. Assess.*, 45 (2) 168-182.
- HOWELLS, J.G. & LICKORISH, J.R.(1963). "The family relations indicators". *B. J. Ed. Psychol.*, 33, 286-296.
- HURLOCK, E.B.(1982). *Desarrollo del niño*. México: McGraw-Hill.
- HURTIG, M. & ZAZZO, R.(1971). "La medida del desarrollo social". En R. ZAZZO, *Manual para el examen psicológico del niño*. Madrid: Fundamentos.
- HURTIG, M. & RONDAL, J.(1981). *Introduction a la psychologie de l'enfant. Developpement psychomoteur*. Bruxelles: Madargue.
- HUTEAU, M.(1983). "Cognition et Personnalité". *Bulletin de Psychologie*, 36 (361) 797-802.
- IBAÑEZ, E. & BELLOCH, A.(1983). "Interaccionismo y psicología de la personalidad". *Análisis y Modificación de Conducta*, 9, 47- 68.
- IBAÑEZ, E. y BELLOCH, A.(1983). *Psicología Clínica*. Valencia: Promolibro.
- ILLINGWORTH, R.S.(1983). *El desarrollo infantil en sus primeras etapas. Normal y patológico*. Barcelona Médica y técnica
- IRWIN, M. & OTROS.(1984). *La observación del niño*. Madrid: Narcea.
- ISPANOVIC-RADOJKOVIC, V., NIKOLIC, S., CURCIC, V., CICEC, M., VIDOJKOVIC, S., POPOVIC, S. et ZIVKOV(1990). "Etude de l'application de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'enfant et de l'adolescent en Yougoslavie". *Neuropsychiatrie de l'enfant*.
- JACKSON, D.(1956). "Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar". En *Interacción Familiar*. Ed. Tiempo Contemporáneo.
- JACKSON, D. & WEAKLAND, J.H.(1956). "Terapia familiar conjunta: consideraciones sobre torfa, técnica y resultados". En *Interacción familiar*. Ed. Tiempo Contemporáneo..
- JACKSON, H.J., WHITESIDE, H.L., BATES, G.W., BELL, R., RUDD, R.P. & EDWARDS, J.(1991). "Diagnosing personality disorders in psychiatric inpatients".. *Acta Psychiatr. Scand.*, Vol.83, 206-213.

JACOB, T. y TENNENBAUM, D.L.(1988). "Family Assessment Methods". En M. RUTTER, A.H. TUMA, I.S. LANN (Eds.): *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*. Londres: David Fulton Pub.

JALENQUES, I., LACHAL, C. et COUDERT, A.J.(1990). "Classification des syndromes anxieux de l'enfance". *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, N. 10-11, Vol.38, 599-616.

JEAMMET, Ph. (1980). "Realidad externa y realidad interna". *Rev. Franc. Psychanal.*, 3-4.

JEAMMET, Ph. et KESTEMBERG, E. (1983). "El Psicodrama Psicoanalítico en la Adolescencia". *Adolescence*, 1 (1), 147-163.

JEAMMET, Ph. (1986). "Especificidad de la patología mental en la adolescencia". *Rev. de Psychologie Appliquée*. Vol. 36.

JENICEK, M. y CLEROUX, R.(1987). *Epidemiología. Principios, técnicas, aplicaciones*. Barcelona: Salvat.

JENSEN, R.(1974). "L'école facteur de risque". En *L'enfant à haut risque psychiatrique*. Ed. PUF.

JHONSON, S.M. y BOLSTAD, O.D.(1973). "Methodological issues in naturalistic observation: Some problems and for field research". En L.A. HAMERLYNCH, L.C. HANDY, E.J. MASH (Eds.): *Behavior change: Methodology, concepts, and practice*, Champaign, IL Researc.

JIMENEZ HERNANDEZ, J.L. SERRADA, M.T. y ALDAMA SANCHEZ, E.(1991). "Prevalencia de enfermedad mental entre los padres de una muestra de pacientes paidopsiquiátricos". *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiat.*, N. 5, Vol.19, 268-273.

JOHNSON, J.H. & FENNELL, E.B.(1983). "Aggressive and delinquent behavior in childhood and adolescence". En C.E. WALKER, M.C. ROBERTS, *Handbook of Clinical Child Psychology*. Nueva York: John Wiley.

JOHNSON, O.G. & BOMMARITO, J.W.(1981). *Test and measurements in child development: A handbook*. San Francisco: Jossey Bass.

JONGEN, E., MOUVET, G., WUIDAR, A., GABEL, M., KLEIN, F., LEBOUTEILLER, M.P. & BETTSCHART, W.(1973). "Etude comparative des données cliniques des cohortes de trois services de psychiatrie de l'enfant". *Psychiat. Enfant*, Vol.16, 515-564.

JORDA MOSCARDO, E.(1985). "Epidemiología psiquiátrica en Dinamarca (el Instituto de Demografía Psiquiátrica de Arhus)". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatria*, Vol.15, 527-531.

KAELIN, C. & LADAME, F.(1983). "La psychiatrie de l'adolescence. L'expérience genevoise". *Sem. Hop.*, N. 25, Vol.59, 1877-1887.

KAGAN, J.(1964). "American longitudinal research on psychological development".. *Child Development*, N. 1, Vol.35, 1-32.

KAGAN, J.(1987). "Perspectives on Infancy". En J.D. OSOFSKY (Ed.), *Handbook of infant Development* (2ª ed.). Nueva York: John Wiley & Sons.

KANFER, F.H., SASLOW, G. & PORTLAND, M.D.(1965). "Behavioral Analysis: An alternative to diagnostic classification". *Archives of General Psychiat.*, 12, 525-538.

KANNER, L.(1946). "Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism". *Amer. J. Orthopsychiat.*, Vol.19, 416-426.

KANNER, L., KAPLAN, H.I. & FREEDMAN, A.M.(1978). *La Psiquiatría Infantil: Clasificación y examen psiquiátrico, psicológico y social*. Barcelona: Paidós.

KAPLAN, HAI., FREEDMAN, A.M. y SADOCK, B.J.(1982). *Tratado de Psiquiatría*. Tomo II. Barcelona: Ed. Salvat .

KAPLAN, R.M. & SACCUZZO, D.P.(1982). *Psychological Testing. Principles Applications and Issues*. California: Brooks/Cole Publishing Company.

KARPOV, Y.V. & TALYZINA, N.F.(1986). "Criterios para el diagnóstico del desarrollo intelectual". *Evaluación Psicológica. Psychological Assessment*, 4, 3-17.

KAZDIN, A. & PETTI, T.A.(1982). "Self-report and interview measures of Childhood and Adolescent Depression". *Journal of Child Psychol. and Psychiat.*, 23, 437-457.

KAZDIN, A.(1983). "Single-cas Research Designs in Clinical Child Psychiatry" *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5, 425-432.

KELLY, G.A.(1966). *Teoría de la personalidad*. Buenos Aires: Troquel.

KELSEY, J.L. y otros.(1986). *Methods in observational epidemiology*. Nueva York: Oxford University Press.

KEMPE, R.S., KEMPE, C.H.(1979). *Niños maltratados*. Madrid: Ed. Morata.

KENDALL, C.P. & NORTON-FORD, D.J.(1988). *Psicología Clínica. Perspectivas Científicas y Profesionales*. México: Limusa.

KENNY, T.J., BERGEY, S.F.A. & YOUNG-HYMAN, D.(1983). "Psychosomatic problems of children". En C.E. WALKER y M.C. ROBERTS, *Handbook of Clinical Child Psychology*. Nueva York: John Wiley.

KENTISH, R. & JENKINS, B.(1987). "Study of written communication between general practitioners and departments of child psychiatry". *J-R-Coll-Gen-Pract.*, 297 (37), 162-163.

KLEINMUNTZ, B.(1984). "The scientific study of clinical judgment in psychology and medicine". *Clinical Psychology Review*, 4, 111-126.

KERASOTES, D. & WALKER, C.E.(1983). "Hyperactive behavior in children". En C.E. WALKER y M.C. ROBERTS, *Handbook of Clinical Child Psychology*. Nueva York: John Wiley.

KESTEMBERG, E.(1971). "Les psychothérapies des adolescent". *Confrontations Psychiatriques*, Vol.7, 181- 198.

KESTENBAUM, C.J. y BIRD, H.R.(1978). "A reliability study of the Mental Health Assessment Form for school-age children". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 7, 338-347.

KISKER, G.W.(1984). *La personalidad desorganizada. Psicología anormal*. México: Trillas.

KLEIN, F.(1979). "Psychopathologie du petit enfant. Essai de prévention des troubles de la petite enfance à travers un début de recherche sur une étude longitudinale de femmes enceintes et de leurs enfants". *Neuropsychiatrie de l'enfance*, N. 2, Vol.27.

KLEIN, M. & RIVIERE, J.(1976). "Amor, odio y reparación". En M. KLEIN, *Obras Completas. Tomo VI*. Buenos Aires: Hormé-Paidós.

KLEIN, M.(1976). "Envidia y Gratitud". En M. KLEIN, *Obras Completas. Tomo VI*. Buenos Aires: Hormé-Paidós.

KLEIN, M.(1977). "El psicoanálisis de niños". En M. KLEIN, *Obras Completas. Tomo I*. Buenos Aires: Hormé-Paidós.

KLEIN, M.(1978). "Algunas conclusiones sobre la vida emocional del lactante". En M. KLEIN, *Obras Completas. Tomo II*. Buenos Aires: Hormé-Paidós.

KNOBEL, M.(1982). "Asistencia psiquiátrica en la infancia". Enero- Abril. *Folia Neuropsiquiátrica*.

KOGAN, N.(1986). *Cognitive styles in infancy and early childhood*. New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates.

KOOCHER, G.P. y PEDULLA, B.M.(1977). "Current practices in child psychotherapy". *Professional Psychology*, 8, 257-287.

KORCHIN, S.J.(1976). *Modern Clinical Psychology.Principles of Intervention in the Clinic and Community*. Nueva York: Basic Books Inc. Pub.

KOTLIARENCO, M.A., DIAZ, J. y FRIAS, F.(1983). "La observación naturalista como un método de estudio de la realidad psicológica". *Revista chilena de Psicología*, VI (2), 1-36.

KOUPERNIK, D. & DAILLY, R.(1976). **Développement neuropsychique de nourrisson.** Parfs: P.U.F.

KOVES, V.(1986). **Epidemiologie des maladies mentales.** Encyclopedie Médico-chirurgienne (Parfs) Psychiatrie, 17878-A10.

KRAEPELIN, E.(1988). **Introducción a la clínica psiquiátrica.** Madrid: Ed. Nueva.

KRAMER, M.(1970). "Problems in psychiatric epidemiology". *Proc. roy. Soc. Med.*, Vol.63, 553-562.

KREISLER, L., FAIN, M., SOULE, M. (1974). "Estudios sobre la clínica psicossomática de la infancia". En *El niño y su cuerpo*. Ed. Amorrortu.

KREISLER, L.(1984). "Problèmes spécifiques de classification en psychiatrie dans le premier âge. Propositions nosographiques nouvelles". *Confront. Psychiatr.*, Vol.24.

KREISLER, L. et CRAMER, B.(1985). "Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson". En LEOVICI, S., DIATKINE, R. et SOULE, M., **Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.** Parfs: P.U.F..

LAFUENTE, E.(1987). "Los orígenes de la Psicología Científica en España: Las -Lecciones sumarias de Psicología-, de Giner de los Ríos". *Investigaciones Psicológicas*, 4, 165-188.

LAMB, M.E., SUOMI, S.J., STEPHENSEN, G.R.(1979). **Social interaction analysis: Methodological issues.** Madison University of Wisconsin Press.

LANDONI, G., PENNING, R., MERIUS, G. & BETTSCHART.(1973). "Etude de la clientèle d'un Service de Guidance Infantile: considérations statistiques et épidémiologiques". *Social Psychiatry*, Vol.8, 1-15.

LANG, J.L.(1956). "Premiers résultats d'une enquête portant sur 20 cas d'enfants suspects de schizophrénie". *Rev. Neuropsychiat. Inf.*, 11-12, 459-472.

LANG, J.L.(1966). "Réflexions sur la clientèle d'un hôpital de jour pour enfants". *Rev. Neuropsychiat. Inf.*, Numéro especial, 67-82.

LANG, J.L.(1969). "Le problème nosologique des relations entre structure psychotique et structure déficitaire". *Compte rendu au Colloque de Montréal. Excerpta Medica Found*, 1, 97-115.

LANG, J.L.(1982). **Introduction à la psychopathologie infantile. Méthodes et théorie et clinique.** Parfs: Dunod.

LANG, J.L.(1986). **Problèmes méthodologiques posés par l'évaluation du devenir des enfants psychotiques.** Communication au 11è Congrès International de Psychiatrie Enfance et Adolescence.

LANGNER, T. y otros.(1976). "A screening inventory for assessing psychiatric impairment in children aged 6-18". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 286-296.

LANYON, R.I. & GOODSTEIN, L.D.(1977). *Evaluación de la personalidad*, México: El Manual Moderno.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B.(1979). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor S.A.

LAPOUSE, R. & MONK, M.(1958). "An epidemiological study of behavior characteristics in children". *Am. Journal Public Health*, Vol.48, 1134-1144.

LASA ZULUETA, A.(1984). *Diccionario enciclopédico de Educación Especial*. Ed. Santillana.

LASA ZULUETA, A.(1987). *Identificación de signos de alarma precoces de la psicosis infantil*. Tesis doctoral en la Universidad del País Vasco. Bilbao.

LASA ZULUETA, A.(1989). *Ideas Actuales sobre Psicosis Infantil*. XIV Previo de Neuropsiquiatría "Alfredo Alonso Allende". Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao.

LAUNAY, C. & BOREL-MAISONNY, S.(1975). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. Barcelona: Toray-Masson.

LAUTREY, J.(1985). *Clase social, medio familiar e inteligencia*. Madrid: Visor.

LEBOVICI, S.(1949). "Contribution de l'étude nosologique et psycho-patologique de la schizophrénie infantile". *Evol. Psychiat.*, 3, 329-352.

LEBOVICI, S. & SADOUD, R.(1968). "L'enregistrement du diagnostic au Centre de santé mentale Alfred-Binet". *La Psychiatrie de l'enfant*, XI (2), 533-555.

LEBOVICI, S.(1969). "A propos du pronostic de la psychose de l'enfant". *Confrontations psychiatriques*, 3.

LEBOVICI, S. & SOULE, M.(1973). *El conocimiento del niño a través del psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica.

LEBOVICE, S.(1986). "La classification des troubles mentaux". En *Traite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescente*. París: Ed. P.U.F..

LEBOVICI, S.(1986). "Les études épidémiologiques". En *Traite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescente*. París: Ed. P.U.F..

LEBOVICI, S.(1988). "Note à propos de la classification des troubles mentaux en Psychopathologie de l'enfant". *Psychiatr. Enfant*, N. 1, Vol.XXXI, 135-150.

LEFEVRE, M., LEOVICI, S., JEAMMET, Ph.(1983). "L'application de la nouvelle classification américaine dite DSM-III à la Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent". *Psychiatr. Enfant*, N. 2, Vol.XXVI, 459-506.

LEFEVRE, M.(1983). *Essai comparatif de deux classifications des troubles mentaux chez l'enfant*. Tesis Doctoral. Universidad de París...

LERNER, R.M.(1985). "Adolescent Maturational Changes and Psychosocial Development: A Dynamic Interactional Perspective". *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 355-372.

LESLIE, S.(1974). "Psychiatric disorder in the young adolescent of an industrial town".. *Brit. Journal Psychiatry*, Vol.125, 113-124.

LENTANG-GAULTIER, E. et DUCHE, D.J.(1967). "Contribution à l'étude du diagnostic et de l'évolution des psychoses infantiles (Enfants de moins de 7 ans". *Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile*, 15, 19-49.

LEWIS, D. & GREENE, J.(1986). *Test de la personalidad del niño*. Barcelona: Martínez Roca.

LEWIS, M.(1987). "Social Development in Infancy and Early Childhood". En J.D. OSOFSKY (Ed.), *Handbook of Infant Development* (2ª ed.). Nueva York: John Wiley & Sons.

LEZINE, I.(1975). "Observations sur la couple mère-enfant au cours des premières expériences alimentaires". *Psychiatrie Enfant*, 18, 75-146.

LIBERMAN, R.P., KING, L.W. & RISSI, W.J.(1983). "Análisis y terapia de conducta en la Salud Mental Comunitaria". En H. LEITENBERG, *Modificación y terapia de conducta II. Aplicaciones generales*. Madrid: Morata.

LIDZ, T., CORNILISON, A., FLECK, S., & TERRY, D.(1958). "El medio intrafamiliar del paciente esquizofrénico: la transmisión de la irracionalidad". En *Interacción familiar*. Buenos Aires: Ed. Tiempo Contemporáneo.

LILIENFELD, A.M. & LILIENFELD, D.E. (1983). *Fundamentos de epidemiología*. México: Fondo Educativo Interamericano.

LIVESLEY, W.J. y BROMLEY, D.B.(1973). *Person perception in childhood and adolescence*. Londres John Wiley and Sons.

LLUIS FONT, J.M.(1978). *Test de la familia*. Barcelona: Oikos- Tau.

LOEBER, R., DISHION, T.J., PATTERSON, G.R.(1984). "Multiple- gating: A multistage assessment procedure for identifying youths at risk for delinquency". *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 21, 7-32.

LOMAX, E.M.R., KAGAN, J. ROSENKRANTA, B.G.(1978). *Science and patterns of child care*. San Francisco: WN Freeman and Company.

- LOPEZ ALVAREZ, M.(1983). "Epidemiología y Psiquiatría Comunitaria". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, N. 8, Vol.III, 4-34.
- LOPEZ,F.(1984). "La sociabilización:la vinculación afectiva". *Pediatrka*, N. 5, Vol.IV, 37-47.
- LOPEZ RUIZ, M. MORALES ORTIZ, M. y MORENO RODRIGUEZ, R.(1989). "Análisis Cuantitativo y Cualitativo en la Investigación Científica: Estudio de un Problema Conceptual". *Psiquis*, 7 (10), 11- 19.
- LOPEZ,S.F., y ARNAEZ, F.M.M.(1989). "Los abusos sexuales a menores". *Médica, Psicosomática, Sexológica, Psiquiátrica*, 10, 7-1.
- LOTTER, V.(1966). "Epidemilogy of autistic conditions in young children: I prevalence". *Soc. Psychiatr.*, Vol.1, 124-137.
- LOVAAS, O.I.(1977). *The autistic child: Language development through behavior modification*. Nueva York: Invergon Publishers.
- LUC, J.N.(1990). "Une étape importante dans la valorisation de l'enfance: La «découverte» du jeune enfant au XVIII et XIX siècles". *Enfance*, 1-2 (43), 69-73.
- LUQUET, G.H.(1977). *El dibujo infantil*. Barcelona: Ed. Médico y Técnica.
- LURIA, A.R. & YUDOVICH, F.I.(1978). *Lenguaje y desarrollo intelectual en el niño*. Madrid: Pablo del Río.
- LURIA, A.R., ZEIGARNIK, B.V. & POLIAKOV, Y.F.(1979). "Sobre el uso de los tests psicológicos en la práctica clínica". *Clínica y Análisis Grupal*, 15, 215-224.
- LUSTIN, J.J.(1975). "Clínica infantil". En J. BERGERET y Colbs., *Manual de psicología patológica*. Barcelona: Toray-Masson.
- MAC MAHON, B., PUGH, Th. F.(1960). *Principios y métodos de epidemiología*. 8 reimpresión. México: Ed. La Prensa Médica Mexicana.
- MACCOBY, E.E. y MARTIN, J.A.(1983). "Socialization in the context of the family: Parent-child interaction". En E.M. HETHERINGTON (Ed.): *Socialization, personality, and social development. Handbook of child psychology*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- MacFARLANE, J.M. & TUDDENHAM, R.D.(1976). "Problemas planteados en la validación de las técnicas proyectivas". En ANDERSON & ANDERSON (Eds.), *An Introduction to Projective Techniques*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- MAGANTO, C. (en prensa). "Revisión actualizada de los instrumentos de personalidad en niños". En J.M. ZUMALABE y C. MAGANTO (Dir.), *Tendencias actuales en el estudio y evaluación de la personalidad*. San Sebastián: U.P.V.

MAGANTO, C. y MAGANTO, J.M.(1990). El test del dibujo de un animal. Evaluación madurativo-mental y emocional en niños con y sin problemas de aprendizaje. Madrid: Seco-Olea.

MAHLER, M.(1972). Simbiosis humana: vicisitudes de la individuación. México: Ed. Joaquín Mortiz.

MAHLER, M.(1973). Psychose infantile. París: Payot.

MAHLER, M. & Otros(1977). El nacimiento psicológico del infante humano. Buenos Aires: Marymar Ediciones.

MALE, P., DOUMIC-GIRARD, A., BENHAMOU, F., SCHOTT, M.C.(1975). Psychothérapie du premier âge. París: Ed. PUF.

MALONEY, P.M., WARD, P.M.(1976). Psychological assessment: A conceptual approach, Nueva York: Oxford University Press.

MALT, U.J., TORGERSEN, S., DAHL, A.A.(1986).: "Clinical experiences with the DSM-III system of classification". *Acta Psychiat. Scand.*, N. 328, Vol.73, 57-83..

MANJON, C.(1991). "Adolescencia: Crisis de desarrollo ". Nuevas Perspectivas de la mujer en nuestra sociedad. Universidad del País Vasco: Vitoria

MANNONI, M.(1965). La primera entrevista con el psicoanalista. Buenos Aires: Ed. Gedisa.

MANNONI, M.(1982). El niño retardado y su madre. Buenos Aires: Ed. Paidós.

MANSNER, J.S. & BAHN, A.K.(1977). Epidemiología. México: Ed. Interamericana.

MANZANO, J., TORRADO DA SILVA, M., PALACIO, F. eT CRAMER, B.(1979). "Programmes de Prevention dans un service de guidance pour enfants préscolaires: IV. Activités préventives auprès d'un groupe à haut risque" les jeunes mères psychotiques". *Acta Paedopsychiatrica*, 45, 209-218.

MANZANO, J.(1980). Les formes d'évolution de la psychose infantile. Tesis Doctoral de medicina de la Facultad de Medicina de Ginebra. Ginebra: Ed. Médecine et Hygiène.

MANZANO, J., PALACIO-ESPASA, F.(1981). Etude sur la psychose infantile. Ginebra: Ed. Simed.

MANZANO, J.(1990). "Essai de Classification Française des Troubles Mentaux de l'enfant et de l'adolescent à Genève: étude comparative". *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, N. 10-11, Vol.38.

MANZI, A.J. y otros.(1983). "Evaluación de un programa comunitario para el tratamiento de la neurosis". *Revista chilena de Psicología*, VI (2), 37-48.

- MARC, P.(1977). *Les psychologues dans l'institution scolaire*. París: Le Centurion.
- MARCELLI, D.(1983). "L'entretien avec l'adolescent et ses parents". *Sem. Hop.*, N. 25, Vol.59, 1912-1917.
- MARCELLI, D., BRACONNVER, A. & AJURIAGUERRA, J.(1986). *Manual de Psicopatología del Adolescente*. Barcelona: Masson.
- MARCET, C.(1986). *El estudio de la personalidad humana: teoría e investigación*. Barcelona: PPU.
- MARCUS, J., HANS, S.L., JERCHIMOWICZ JEREMY, R.(1983). "Differential motor and state functioning in newborns of women on methadone". En S. CHESS, A. THOMAS (Ed.): *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*. Nueva York: Brunner-Mazel.
- MARDOMINGO, M.J.(1985). "Aspectos psiquiátricos del maltrato en la infancia". *An. Esp. Pediatr.*, N. 22, Vol.23, 167-171.
- MARHOLIN, F.(1978). *Child behavior therapy*, Nueva York Gardner Press
- MARTAGUET, P.(1990). "La Convention internationale des droits de l'enfant". *Enfance*, 1-2 (43), 129-134.
- MARTI FILIPO, F., MINGOTE, J.C.(1981). "Muerte del padre y divorcio parental: aproximación al significado de la figura paterna". *Rev. Psicoterapia y Psicosomática*, Vol.3, 59-72.
- MARTI, TUSQUETS, J.L. y MURCIA, M.(1987). *Conceptos fundamentales de epidemiología*. Madrid: Siglo XXI.
- MARTIN CABRE, L., MUÑOZ, F., SEMBOLINI, P.G.(1979). "Experiencias terapéuticas y de inserción escolar y social con el niño autista". En *Autismo Infantil*. Madrid: Ed. APNA-SEREM.
- MARTIN GONZALEZ, A., CHACON FUERTES, F. y MARTINEZ GARCIA, M.(1989). *Psicología comunitaria*. Barcelona: Textos Visor.
- MARTINEZ ARIAS, M.R.(1983). "El análisis de los datos de diseños con sujeto único". En J. MAYOR y F. LABRADOR (Eds.), *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid: Alhambra.
- MARTORELL, M.C.(1984). *Psicodiagnóstico: Cuestiones Metodológicas*. Valencia: Promolibro.
- MASH, E.J., TERDAL, L. & ANDERSON, K.(1973). "The response-class matrix: A procedure for recording parent-child interacions". *Journal of Consulting and Conical Psychology*, 40, 163-164.

- MASH, E.J.(1984). "Families with problem children". En A. DOYLE, D. GOLD y D.S. MOSKOWITZ (Eds.), *Children in families under stress*. San Francisco: Jossey-Bass.
- MAUCO, G. & RIMBAUD, P.(1951). "Le rang de l'enfant dans la famille". *Rev. fran. psychanal.*, Vol.15, 253-260.
- MAUCO, G.(1971). *La paternité sa fonction éducative dans la famille et à l'école*. París: Ed. Université.
- MAUSE, L (1974). *Historia de la infancia*. Madrid: Ed. Alianza Universidad.
- MAY, A.R., KAHN, J.H., CRONHOLM, B.(1971). "La Salud Mental de los adolescentes y de los jóvenes". *Cuadernos de Salud Pública*, Vol. 41.
- MCREYNOLDS, P.(1975). "Historical antecedents of personality assessment". En *Advances in Psychological Assessment*. Vol. III. San Francisco: Jossey Bass.
- MAZET, Ph. & HOUZEL, D.(1981). *Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Barcelona: Médica y Técnica.
- MAZET, Ph.(1986). "De l'interaction à l'information. A propos de la notion d'évaluation en psychopathologie dynamique de l'enfant et de l'adolescent". *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, Vol.34, 111-118.
- McCARTHY, D.(1972). *MSCA. Escalas de Aptitudes y Psicomotricidad para niños*. Nueva York: The Psychological Corporation. Versión Espñ.: TEA, 1977.
- McCLURE, F.D. & GORDON, M.(1984). "Performance of disturbed hyperactive and nonhyperactive children on an objective measure of hyperactivity". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 561-572.
- McDERMOTT, J.F.(1970). "Divorce and its psychiatric sequelae in children". *Arch. gen. Psychiat.*, Vol.23, 421-427.
- McGUIGAN, F.J. (1983). *Psicología experimental. Enfoque metodológico*. (3ªed.), México Trillas
- MEDINNUS, G.R.(1979). *Estudio y observación del niño*. México: Limusa.
- MEDLEY, D.M. & MITZEL, H.E.(1963). "Measuring classroom behavior by sistematic observation". En N.L. GAGE (Ed.), *Handbook of research in teaching*. Chicago: McNally.
- MEEHL, P.E.(1954). *Clinical versus statistical prediction*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- MENAHEN, S.(1987). "The contribution of the paediatrician and psychiatrist to the management of the child, adolescent and his family-- a paediatricians's viewpoint". *Aust. Paediatr. J.*, N. 4, Vol.23, 235-239.

- MENDIGUCHIA QUIJADA, F.J.(1980). *Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Madrid: Castillo.
- MENDIGUCHIA QUIJADA, F.J.(1986). "Estudio de seguimiento de niños asistidos en una consulta de Psiquiatría Infantil". *Rev. Neur. Psq. Infantil*, N. 8, Vol.II, 113-141.
- MENDOZA BERJANO, E., PEDREIRA MASSA, J.L.(1986). "El ingreso en la edad preescolar y el inicio de la escolaridad". *Rev. Neur. Psiq. Infantil*, N. 7, Vol.II, 69-76.
- MENENDEZ, F. y PEDREIRA MASSA, J.L.(1986). "Lo normal y anormal en el niño. Trastornos mentales en la infancia". *Pediatrica*, N. 1, Vol.VI, 11-18.
- MENENDEZ OSORIO, F.(1977). "El insomnio del niño en la primera infancia". *Jano*, Vol.266, 17-22.
- MENENDEZ OSORIO, F.(1980): *La Psiquiatría infantil en España y la historia de una marginación*. Madrid: Ed.Mayoría.
- MENENDEZ OSORIO, F.(1986). "La clínica en Salud Mental Infantil: La necesidad y el deseo en el que-hacer terapéutico infantil". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, N. 16, Vol.VI, 86-94.
- MERENDA, P.F.(1990). "Present and future issues in Psychological Testing in The United States". *Evaluación Psicológica*, 1 (6), 3-32.
- MESA, P., RODRIGUEZ, J.M., BLANCO, A.(1989). "Planteamientos clínicos y Modelos Explicativos de la Anorexia Nerviosa". *Boletín de Psicología*, 25, 75-102.
- MESSER, S.B. & BRODZINSKY, D.M.(1981). "Three-year stability of reflection-impulsivity in young adolescents". *Developmental Psychology*, 17, 848-850.
- MIGUEL, J.M., PEDREIRA, J.L., PONS, I., SARDINERO, E.(1986). "Principios metodológicos para la recogida de datos en investigación epidemiológica de Salud Mental Infantil". *Rev. Neur. Psq. Infantil*, N. 8, Vol.II, 141-146.
- MILLARS, S.(1972). *Psicología del juego infantil*. Barcelona: Fontanella.
- MILLER, L.C.(1983). "Fears and Anxiety in Children". En C.E. WALKER, y M.C. ROBERTS, *Handbook of Clinical Child Psychology*. Nueva York: John Wiley.
- MINDENET, M. & FAVRE, J.P.(1986). *Manual práctico de psiquiatría infantil*. Barcelona: Ed. Toray-Masson.
- MINUCHIN, S.(1979). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Granica.
- MINUCHIN, S.(1985). *Técnicas de Terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- MIRON, L., OTERO, J.M. & LUENGO, A.(1988). "Un estudio de la influencia de las Interacciones Familiares sobre los distintos tipos de Conducta Desviada de los adolescentes varones". *Análisis y Modificación de Conducta*, 39 (14) 5-25.

- MISCHEL, W.(1973). **Personalidad y Evaluación**. México: Trillas.
- MISCHEL, W.(1976). **Introducción a la personalidad**. Buenos Aires: Interamericana.
- MISES, R.(1968). "Réflexions sur le concept de morbidité en psychiatrie de l'enfant et son incidence sur l'approche épidémiologique". *Evolut. Psychiat.*, Vol.33, 501-509.
- MISES, R., BAILLY-SALIN, M.K., BREON, S., FORTABAT, J.L. et GILBERT, E. (1980). **La cure en institution, l'enfant, l'équipe, la famille**. Paris: Ed. ESF.
- MISES, R. & JEAMMET, Ph.(1984). "La nosographie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent". *Confront. Psychiatr.*, Vol.24, 221-250.
- MISES, R.(1986). "Evaluation quantitative et approche dynamique". *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, Vol.34, 149- 151.
- MISES, R. & JEAMMET, Ph.(1988). "La CFTMEA". *Psychiatr. Enfant*, Vol.31, 67-133.
- MISES, R., FORTINEAU, J., JEAMMET, Ph., LANG, J.L., MAZET, Ph., PLANTADE, A. & QUEMADA, N.(1988). "Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent". *Psychiatr. Enfant*, N. 1, Vol.31, 61-134.
- MISES, R. & QUAMADA, N.(1989). **Les psychoses dans le dispositif de psychiatrie infanto-juvénile. Approche épidémiologique**. Congrès Franco-Maghrébin. Constatine.
- MISES, R.(1989). "Les dépressions de l'enfant. Repères cliniques et psychopathologiques". *Ann. Méd.-Psychol.*, Vol.2, 218- 221.
- MISES, R.(1990). "Classification Française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, N. 10-11, Vol.38, 523-539.
- MITCHEL, J. & cols.(1989). "Psychopathology in parents of depressed children and adolescents". *J. Am. Acad. Child. Adoles. Psychiatry*, Vol.28, 352-357.
- MONEDERO, C. (1976). **Psicología Evolutiva y sus manifestaciones psicopatológicas**. (2ª ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- MONEDERO, C. (1978). **Psicopatología General**. Madrid: Biblioteca Nueva.
- MONTIEL, R.(1989). "Miedos y fobias en la infancia: Revisión de estrategias de tratamiento y abordaje terapéutico desde una perspectiva conductual" *Psiquis* , X 34-44
- MOOR, L.(1969). **Test mentales en Psiquiatría Infantil**. Ed. Toray-Masson.
- MORALES DOMINGUEZ, F.(1987). **Metodología y teoría de la Psicología**. Madrid: UNED.
- MOOS, R.H. (1973). "Conceptualizations of human environments". *American Psychologist*, 28, 652-665.

- MOOS, R.H. (1975). "Assessment and impact of Social Climate". En P. McREYNOLDS (Ed.), *Advances in Psychological Assessment*. Vol. 3. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- MOOS, R.H. & MOOS, B.(1986). *Family Environment Scale manual: Second edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- MORAGAS DE, J.(1970). *Psicología del niño y del Adolescente* (4ª ed.). Barcelona: Labor.
- MORALEDA, M.(1980). *Psicología Evolutiva*. Zaragoza: Edelvives.
- MORALES DOMINGUEZ, F. (1987). *Metodología y Teoría de la Psicología*. Madrid: UNED.
- MORANDE, G. & PERAL, M.(1983). "El paradigma autista. Una hipótesis de trabajo y una aproximación terapéutica". *Estudios de Psicología*, 13, 79-84.
- MUNDY, J.(1972). "The Use of Projective Techniques with Children". En B.B. WOLMAN (Ed.): *Manual of Child Psychopathology*. Nueva York: McGraw-Hill Book.
- MUNSTERBERG KOPPITZ, E.(1976). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- MUÑOZ, F.(1983). "Las escuelas especiales y la integración del niño deficiente: una paradoja social". En REYERO, F. (comp.), *Marginación Social*. Madrid: Ed. IRES.
- MUÑOZ, P.E.(1970). *Aspectos actuales de la asistencia psiquiátrica*. Madrid: Confederación de las Cajas de Ahorros.
- MUÑOZ, P.E. y colbs.(1978). *PASN-3. Estudios epidemiológicos en una población rural y urbana*. Pamplona: D.F.N.
- MUÑOZ, P.E.(1978). *PASN- . Planificación sanitaria en salud mental*. Pamplona: D.F.N.
- MUÑOZ, P.E. (1979): "Psiquiatría Social". En RIVERA, J.L.G. de, VELA, A. y ARANA, J. (coord.), *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ed. Karpos, S.A..
- MUÑOZ, P.E. (1981). "Epidemiología y asistencia psiquiátrica: la identificación de las necesidades". *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, IX (4), 283-302.
- MURRAY, H.A.(1938). *Explorations in Personality*. Nueva York: Oxford University Press.
- MYERS, B.(1982). "Early intervention using Brazelton training with middle-class mothers and fathers of newborns". *Child Development*, 53, 462-471.
- MYERS, D.G.(1988). *Psicología*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

- NAGERA, H.(1965). *Neurosis infantil*. 2 Edición. Buenos Aires: Ed. Hormé.
- NAGLIERI, J.A. & GENSHAF, J.L.(1985). "Recent advances in the Psychological Assessment of Children". En S.I. PFEIFFER (Ed.), *Clinical Child Psychology*. Orlando: Grune and Stratton.
- NAHOUM, Ch.(1970). *La entrevista psicológica*. Buenos Aires: Kapelusz.
- NARBONA GARCIA, J.(1987). "La exploración neuropsicológica en neuropsiquiatría". En J. PEÑA-CASANOVA (Ed.), *La exploración neuropsicológica*. Barcelona: Editorial MCR.
- NAVARRO, J.(1991). "Una aproximación a la nosología psiquiátrica. La contribución española". *Anales de Psiquiatría*, N. 1, Vol.7, 32-43.
- NAY, W.R.(1985). "Auto-observación". En M.C. MARTORELL (Comp.), *Lecturas de Técnicas Diagnósticas*. Valencia: Promolibro.
- NEUROPSYCHIATRY OF L'ENFANT (1989). "Epidémiologie. Standardisation del données en pédopsychiatrie". *Neuropsychiatrie de l'enfant*.
- NEWMAN, B.M. & NEWMAN, P.R.(1983). *Desarrollo del niño*. México: Limusa.
- NICKEL, H.(1978). *Psicología del desarrollo de la infancia y de la adolescencia*. Barcelona: Herder.
- NOLLER, P. & BAGI, S.(1985). "Parent-adolescent communication". *Journal of Adolescence*, 8, 125-144.
- NUNNALLY, J.C.(1973). *Introducción a la medición en Psicología*, Buenos Aires Paidós
- NURKSE, D.(1990). "Les enfants aux Etats-Unis: classe sociale en crise?". *Enfance*, 1-2 (43), 99-104.
- OAKLAND, T.D. & FEIGENBAUM, R.(1980). "Comparisons of the psychometric characteristics of the Adaptive Behavior Inventory for Children for different subgroups of children". *Journal of School Psychology*, 18, 307-316.
- OCAMPO, M. & OTROS.(1979). *Las técnicas proyectivas y el proceso diagnóstico*. Barcelona: Rialp.
- OCAÑA, J.M.(1982). "Las demandas asistenciales en la consulta ambulatoria de psiquiatría infantil". *Informaciones Psiquiátricas*, Vol.89, 225-230.
- OLIVA, V. & CANAL, M.(1981). "El psicólogo en los centros de Higiene Mental". En C. COLL y M. FORNS (Eds.), *Áreas de intervención de la Psicología*. Vol. 2.
- OLLENDICK, T.H. y HERSEN, M.(1986). *Psicopatología infantil*, Barcelona Martínez Roca

OMS. (1962). "La carence de soins maternels. Réévaluation de ses effects". *Cahiers de Santé publique*, Vol.14.

OMS. (1968). "Sur la classification des maladies mentales et les statistiques de santé mentales. Séminaire de l'OMS". *La Psychiatrie de l'Enfant*, N. 2, Vol.11, 469-570.

OMS (1968). Organización y administración de los Servicios de higiene materno-infantil, Serie Informes Técnicos, 428. Ginebra: Ed. OMS.

OMS (1970). Indicadores estadísticos para la planificación y evaluación de los programas de Salud Pública. Serie Informes Técnicos, 472. Ginebra: Ed. OMS.

OMS (1976). Les problèmes des enfants d'âge scolaire (10-13 ans). Euro Reports and Studies. Copenhagen: Ed. OMS.

OMS (1976). Salud Mental y desarrollo psicosocial del niño. Serie de Informes Técnicos, 613. Ginebra: Ed. OMS.

OMS (1977). Les problèmes des enfants d'âge scolaire (14-18ans). Euro Reports and Studies. Copenhagen: Ed. OMS.

OMS (1978). Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Serie Salud para todos en el año 2000, 1. Ginebra: Ed. OMS.

OMS (1980). Trastornos mentales: Glosario y guía para su clasificación según la novena revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Washington: Ed. Oficina Sanitaria Panamericana.

OMS.(1980). Clasif. Intern. de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías: Manual de Clasif. de las Consec. de la Enfermedad. Madrid: INSERSO.

OMS.(1981). Evaluación de los programas de salud. Serie "Salud para todos", n°6. Ginebra: O.M.S.

OMS (1981). "Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000". *Serie Salud para todos*, N. 4.

OMS (1982). "Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud".. *Serie Informes Técnicos*, N. 694.

ORTET, G., PEREZ, J., PLA, S. & SIMO, S.(1988). "Factores de Personalidad y conducta Antinormativa en Adolescentes". *Análisis y Modificación de Conducta*, 41 (14) 419-431.

OSOFKY, J.D.(1987). Handbook of Infant Development. (2ªed.). Nueva York: John Wiley and Sons.

OSTERRIETCH, P.(1967). L'enfant et la famille. París: Les Editions du Scarabée.

OZAMIZ, A. y SACANELL, E.(1982). "Medio urbano y enfermedad mental: Cuestiones metodológicas". *Psiquis*, 4 (2).

OZAMIZ, J.A.(1982). "Corrientes de investigación en Psiquiatría social". *Psiquis*, Vol.3, 186-189.

PADIerna ACERO, F.A., MANJON ORTEGA, C. y JARA SEGURA, A.B. (1991). "Epidemiología psiquiátrica y demanda asistencial en la adolescencia. Revisión". *Psiquis*, 12 (262), 34-40.

PADIerna ACERO, J.A., MANJON ORTEGA, C., JARA SEGURA, A.B. y ETXEBESTE ANTON, A. (1991). "Demanda de atención psiquiátrica ambulatoria por los adolescentes y adultos jóvenes en Alava". *Psiquis*, 12 (348), 42-51.

PALACIOS, F.(1985). "La psicoterapia del niño pequeño: indicaciones y problemas".. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil*, Vol.0, 91-99.

PALACIOS, J., MARCHESI, A. y CARRETERO, M.(1984). *Psicología Evolutiva*. 3 Tomos. Madrid: Alianza.

PALAVECINO, J.C. (1988). *Psicopatología y Personalidad. Aportaciones de J.M. TOUS y P. GOMEZ BOSQUE*. Barcelona: PPU.

PALMER, J.O.(1983). "The Assessment of Physically Handicapped Children". En Ibid., *The Psychological Assessment of Children*. Nueva York: John Wiley.

PALMER, J.O.(1983). *The psychological assessment of children* (2ª ed.). Nueva York: John Wiley.

PARADISE, R.C. & COONEY, N.L. (1980). "Methods for Assessments of Environments". En L. KRASNER (Ed.), *Environmental Design and Human Behavior*. Nueva York: Pergamon Press.

PARRAGA PEREZ, J.(1986). "La entrevista en Psicodiagnóstico". En A. BLANCO PICABIA (Ed.), *Apuntes de Psicodiagnóstico*. Tomo II. Valencia: Promolibro.

PATTERSON, G.R. & REID, J.B.(1973). "Intervention for families of aggressive boys: A replication study". *BehaviorResearch and Therapy*, 11, 383-394.

PATTERSON, G.R. y otros.(1975). *A social learning approach to family intervention: Families with aggressive children*. Eugene, OR Castalia Press.

PAYKEL, E.S.(1985). *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.

PEDREIRA MASSA, J.L.(1980). "Aproximación a la situación actual de la asistencia paidopsiquiátrica". En GONZALEZ de CHAVEZ, M. (coord.), *La Transformación de la Asistencia Psiquiátrica*. Madrid: Ed. Mayoría.

PEDREIRA MASSA, J.L. y SARDINERO, E.(1984). "Indicadores psicodinámicos y sociales de la marginación infanto- juvenil". *Psicopatología*, N. 2, Vol.4, 119-126.

PEDREIRA MASSA, J.L.(1985). "Reflexiones en torno a la teoría y práctica de la Salud Mental Infantil". *Rev. Neur. Psq. Infantil*, Vol.I, 71-94.

PEDREIRA MASSA, J.L.(1988). **Análisis de la demanda en Salud Mental Infanto-juvenil en una asistencia territorializada en Asturias.** Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.

PEDREIRA MASSA, J.L.(1990). "El trabajo en salud mental infanto- juvenil en el área sanitaria de Avilés". En J. GARCIA GONZALEZ y V. APARICIO BASAURI, **Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación.** Oviedo: Servicio de Publicaciones de Principado.

PEDREIRA MASSA, J.L.(1992): "RACP en la infancia y la adolescencia: Instrumento para la investigación y el seguimiento longitudinal". Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Asturias.

PEDREIRA MASSA, J.L. (1992): **Experiencias Asistenciales en Psiquiatría Infantil: la etapa escolar y sus perfiles evolutivos y psicopatológicos.** XXXI Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

PELECHANO, V.(1985). **Apuntes de Psicodiagnóstico.** Valencia: Promolibro.

PELECHANO, V.(1989). "Unas notas con algunas reflexiones respecto a la Psicología de la Personalidad y Terapias-Intervenciones Científico-Psicológicas". *Análisis y Modificación de Conducta*, 44 (15) 177-192.

PEPIN.(1975). **La psicología de los adolescentes.** Barcelona: Oikos-Tau.

PERRET-CLERMONT, A.N.(1984). **La construcción de la inteligencia en la interacción social.** Madrid: Visor.

PERRON-BORELLI, M. & PERRON, R.(1970). **El examen psicológico del niño.** Buenos Aires: Paidós.

PERVIN, A.L.(1979). **Personalidad: Teoría, Diagnóstico e Investigación.** (9ª ed.) Bilbao: Desclee de Brouwer.

PETRI, H.(1985). "Epidemiology and prevention of violence in the family". *Series Paedopsychiatr.*, N. 6, Vol.50, 57-66.

PFEIFFER, S.I. (Ed.)(1985). **Clinical Child Psychology.** Orlando: Brune and Stratton.

PIAGET, J. & INHELDER, B.(1947). "Diagnosis of mental operations and theory of intelligence". *American Journal of Mental Deficiency*, 51, 401-406.

PIAGET, J.(1969). **El nacimiento de la inteligencia en el niño.** Madrid: Aguilar.

- PIAGET, J.(1969). *Seis estudios de psicología*. Barcelona: Seix- Barral.
- PIAGET, J. & Otros (1970). *Tendencias de la investigación en Ciencias Sociales*. Unesco. Alianza.
- PIAGET, J.(1971). *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Fontanella.
- PIAGET, J.(1973). *La representación del mundo en el niño*. Madrid: Ediciones Morata.
- PIAGET, J.(1978). *La equilibración de las estructuras cognitivas*. Madrid: Siglo XXI.
- PICHOT, P., BERNER, P. y otros(1985). "Epidemilgy and Community Psychiatry". En *Psychiatry: the satate of the art*. (Vol. 7) Nueva York: Ed.Plenum Press.
- PICQ, L. & VAYER, P.(1985). *Educación psicomotriz y retraso mental*. Madrid: Editorial Científico-médica.
- PINILLOS, J.L.(1980). "Problemas de la Psicología Clínica". *Análisis y Modificación de Conducta*, 6, 11-12.
- POLAINO, A.(1983). "Algunos aspectos de las terapias comportamental y cognitiva en el tratamiento de las depresiones reactivas". En J. MAYOR y F. LABRADOR (Eds.), *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid: Alhambra.
- POLAINO-LORENTE, A.(1980). "Autismo infantil: hipótesis etiológicas y diagnóstico diferencial". *Revista de Psiquiatría General y Aplicada*, 5, 821-826.
- POLAINO-LORENTE, A.(1983). *Psicología Patológica*, Vol 1, Madrid UNED
- POLAINO-LORENTE, A.(1984). "El doble riesgo de los nacidos de madres drogadictas (Parte I y II)". *Acta Pediátrica Española*, 8, 279-292.
- POLAINO-LORENTE, A.(1987). *Educación para la salud*. Barcelona: Herder.
- POMES, J.C., BURSZTEJN, C., BURGEL, M.O., GARDONE, M.C., CHAUVIN, A. & ROHMER, J.G.(1988). "Mise en place d'une étude épidémiologique des psychoses infantiles en Alsace". *Rev. Fr. Psychiatrie*, Vol.6, 37-40.
- POMMELET, F.(1987). *La pédo-psychiatrie en Alsace: analyse d'activité des intersecteurs et étude des caractéristiques sanitaires et sociales d'une clientèle d'intersecteur*. Rennes.
- POROT, M.(1971). *L'enfant et les relations familiales*. París: Ed. P.U.F.
- PORTA SERRA, M.(1989). "Métodos de investigación clínica: errores, falacias y desafíos". *Medicina Clínica*, Vol.12, 107-115.

PORTELLI, Ch., FRYDMAN, F. & MISES, R.(1990). "JPSY: Système expert de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, N. 10-11, Vol.38, 617-625.

POWITZ, L.(1973). "Socioepidemiological Analysis of admissions to a state=operated outpatient clinic for retarded children". *American Journal of Mental Deficiency*, N. 3, Vol.78, 300-307.

PRINZ, R.J. (Ed.).(1986). *Advances en Behavioral Assessment of children and families*. Greenwich, CT: JAI Press.

PROUT, H.T. y INGRAM, R.E.(1982). "Guidelines for the behavioral assessment of hyperactivity". *Journal of Learning Disabilities*, 15, 393-395.

QUEMADA, N.(1989).: *Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs publics de psychiatrie infanto-juvénile*. Rapport. Paris.

QUEMADA, N.(1990). "L'utilisation de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'enfant et de l'adolescent dans une enquête nationale". *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, N. 10-11, Vol.38, 540-545.

RABIN, A.I.(1986). "Los métodos proyectivos y la proyección en los niños". En A.I. RABIN y M.R. HAWORTH (Eds.): *Técnicas Proyectivas para niños*. Buenos Aires.

RABREAU, J.P.(1983). "Adolescence et autorité parentale". *Sem. Hop.*, N. 25, Vol.59, 1919-1924.

RALLU, J.L.(1982). "Les enfants des familles monoparentales". *Population*, Vol.1, 51-74.

RAMOS PLATON, M^a J.(1989). "Factores etiológicos del trastorno de déficit de atención (TDA)". *Psiquis*, 10, (7) 20-26.

RAPAPORT, D.(1971). *Tests de diagnóstico psicológico*. Buenos Aires: Paidós

RAPPOPORT, L.(1986). *La personalidad desde los 0 años a los 6 años*. Buenos Aires: Paidós.

RAUSCH DE TRAUBENBERG, N. y BOIZOU, M.F.(1977). *Le Rorschach en clinique infantile*, Paris Dunod

RECA, T.(1963). *Psicoterapia en la infancia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

REID, D.D.(1964). *Los métodos epidemiológicos en el estudio de los trastornos mentales*. Ginebra: Ed. OMS.

REID, J.B. y otros.(1988). "Observations in the Assessment of Childhood Disorders". En M. RUTTER, A.H. TUMA, I.S. LANN (Eds.): *Assessment and diagnosis in Child Psychopathology*. Londres: David Fulton Pub.

- REMPLÉIN, A.(1974). *Tratado de Psicología Evolutiva*. Barcelona: Labor
- RENDU, M.(1981). "Un cadeau innommable, une agressivité inavouée: l'encoprésie". *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, N. 7, Vol.29, 365-371.
- REUCHLIN, M.(1972). "Les facteurs socio-économiques du développement". En *Milieu et développement*. París: Ed. P.U.F.
- REUCHLIN, M.(1979). *Psychologie*. París: Presses Universitaires de France.
- REY, A.(1962). *Etude des insuffisances psychologiques. II. La systématisation des observations*. Neuchâtel:Delachaux and Niestlé.
- REY, A.(1964). *L'examen clinique en Psychologie*. París: P.U.F.
- REY CALERO, J. del(1979). "Epidemiología y Salud Mental". En *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ed. Karpos.
- REY CALERO, J.(1982). *Epidemiología y salud de la comunidad*. Madrid: Karpos.
- REYMOND RIVIER, B.(1974). *El desarrollo social del niño y del adolescente*. Barcelona: Herder.
- RICHMAN, N., STEVENSON, J. & GRAHAM. PH.(1975). "Prevalence of behaviour problems in 3 year old children: an epidemiological study in a London borough". *Journal Child Psychol. Psychiatry*, Vol.16, 277-287.
- RIOS GONZALEZ, J.A.(1984). *Orientación y Terapia familiar*. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre.
- RIVIERE, A. et al.(1988). *Evolución y alteración de las funciones psicológicas en el autismo infantil*. Madrid: CIVE.
- ROBERTS, M.C. & PETERSON, L.(1984). *Prevention of problems in childhood*. Chichester: Ed. John Wiley and Sons Ltd.
- ROBINS, L.N.(1974). "Conduites antisociales dans l'enfance: fréquence, pronostic et perspectives". En *L'enfant à haut risque psychiatrique*. París: Ed. PUF.
- ROBINSON, E.A. y EYBERG, S.(1981). "The dyadic parent-child interaction coding system: Standardization and validation". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 245-250.
- ROCHEBLAVE-SPENLE, A.M.(1977). *El adolescente y su mundo*. Barcelona: Editorial Herder.
- RODRIGUEZ ESPINAR, S.(1986). "La entrevista". En S. MOLINA (Dir.), *Enciclopedia de Educación Especial*. Madrid: CEPE.

- RODRIGUEZ SACRISTAN, J.(1984). "Nuevas fronteras en Psiquiatría Infantil". *An. Psiquiatría*, N. 1, Vol.I, 45-51.
- RODRIGUEZ TOME, H., BEHAR, J., MARTINEZ, C. & BARIAUD, F.(1982). "Dimensiones de la identidad en la adolescencia. Estudio Comparativo". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 3, 507-527.
- ROIG, I.(1981). "El departamento de psicología en los hospitales psiquiátricos". En C. COLL y M. FORNS, *Areas de intervención de la Psicología*. Vol. 2. Barcelona; Horsori.
- ROMAN, J.M. & MAYDEU, A.(1987). "Una aproximación psicoeducativa a la marginación social". *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 21, 29-38.
- ROMAN PEREZ, M. y DIEZ LOPEZ, E.(1988). *Inteligencia y potencial de aprendizaje: Evaluación y desarrollo*. Madrid: Cincel, S.A.
- ROMAN SANCHEZ, J.M. y MUSITU OCHOA, G.(1989). "Las relaciones familiares en la prepubertad". *Revista de Psicología*, XI (1), 57-76.
- ROMANO, M.E.(1975). *El test de la figura humana como técnica proyectiva*. Madrid: Gredos.
- ROSENBERG, M.(1986). "Self-concept from middle childhood through adolescence". En J. SULLS y A. GREEWALS (Eds.), *Psychological perspectives on the self (Vol.3)*. Lawrence Erlbaum.
- ROSS, A.O.(1959). *The practice of clinical child psychology*. Nueva York: Grune and Stratton.
- ROSS, A.O.(1981). *Child behavior therapy. Principles, procedures, and empirical basis*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- ROSSELL, G.(1969). *Manual de educación psicomotriz*. Barcelona: Toray-Masson.
- RUBIO, V.J. (1987). "Evaluación del impacto ambiental". En R. FERNANDEZ BALLESTEROS, *El ambiente. Análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- RUBIN, K. BOTH, L. & WILKINSON, M.(1990). "El Proyecto Longitudinal Waterloo: Rasgos asociados y Consecuencias del Retraimiento Social en la Infancia". *Infancia y Aprendizaje*, 40, 73-90.
- RUMEAU-ROUQUETTE, C. BREAT, G. et PADIEU, R.(1972). *Méthodes en épidémiologie*. París: Ed. Flammarion.
- RUTTER, M.(1966). *Children of sick parents: an environmental and psychiatric study*. Institute of Psychiatry Maudsley Monographs, 16. Londres: Oxford University Press.

RUTTER, M.(1971). "Parent-child separation: psychological effects on the children". *J. Child. Psychol. Psychiat.*, Vol.12, 233-260.

RUTTER, M.(1974). "Stratégies épidémiologiques et concepts psychiatriques dans la recherche sur l'enfant vulnérable". En *L'enfant à haut risque Psychiatrique*. Parfs: Ed. PUF.

RUTTER, M., COX, A., TUPLING, C., BERGER, M. & YULE, M.(1975). "Attainment and adjustment in two geographical areas: I. the prevalence of psychiatric disorder". *Br. Journal Psychiatry*, Vol.126, 493-509.

RUTTER, M., SHAFFER, D. et SHEPHER, M.(1975). *Classification multiaxiale des troubles psychiatriques de l'enfant*. Ginebra: Ed. OMS.

RUTTER, M.(1980). "Introduction". En M. RUTTER (Ed.): *Developmental psychiatry*. Londres: Heinemann.

RUTTER, M. & QUINTON, D.(1984). "Parrental psychiatric disorders: effects on children". *Psychol. Med.*, Vol.14, 853-880.

RUTTER, M.(1984). *Autismo*. Madrid: Alhambra.

RUTTER, M.(1985). *Fundamentos científicos de Psiquiatría del desarrollo*. Barcelona: Salvat Editores.

RUTTER, M. & GOULD, M.(1985). "Classification". En M. RUTTER y L. HERSOV, *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches (second edition)*. Londres: Blackwell Scientific Publications.

RUTTER, M.(1987). "Continuities and discontinuities from Infancy". En J.D. OSOFSKY (Ed.), *Handbook of Infant Development (2ª ed.)*. Nueva York: John Wiley & Sons.

RUTTER, M.(1987). "The role of cognition in child development and disorder". *British Journal of Medical Psychology*, 60, 1-16.

RUTTER, M., TUMA, A.H., LANN, I.S. (Eds.),(1988). *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*. Londres: David Fulton Publishers.

SAAVEDRA, M.A. y SANDFORD, A.(1980). "Función del aprendizaje en la teoría Freudiana sobre la Angustia: Primera Etapa". *Revista chilena de Psicología* II (2), 91-98.

SADOUN, R., CASADEBAIG, F. et HATTON, F.(1968). "Etude de la population d'enfants prise en charge au centre de santé mentale A. Binet en 1970 et 1971". *Social Psychiatry*, Vol.11, 179- 205.

SAENZ DE SANTA MARIA, M.(1980). "La Exploración Psicológica". En F.J. MENDIGUCHIA QUIJADA (Ed.), *Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Madrid: Ed. Del Castillo.

SAEZ, M., SORDO, P., SOTO, M.(1989). "Obesidad". *Revista chilena de Psicología*, 2 (10), 57-58.

SAINT-ANNE DARGASSIES, S.(1974). *Le développement neurologique du nouveaune a terme el premeture*. Paris: Masson.

SAKELLAROPOULOS, P., LAZARATOU, H., STEFANOUDAKIS, M. et ZILIKIS, N.(1990). "Essai de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'enfant et de l'adolescent par notre Unité Mobile dans une région rurale en Grèce". *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 38 (10-11), 574-581.

SALBREUX, R. et DENIAUD, J.N.(1981). "Apport de l'épidémiologie à la nosographie de la déficience mentale". Colloque international sur la déficience mentale chez l'enfant et l'adolescent. Paris. *Symposia Serie*, 105, 19-30. Paris: INSERM.

SALVADOR, A.(1982). *Conocer al niño a través del dibujo*. Madrid: Narcea.

SALVAT, M.T.(1981). "El trabajo del psicólogo en las instituciones de menores". En C. COLL y M. FORNS (Eds.), *Areas de intervención de la Psicología*. Vol. 2. Barcelona: Fundació Salvador Vives.

SAN MARTIN, H. (1981). *Salud y enfermedad*. México: Prensa Médica Mexicana.

SAN MARTIN, H., MARTIN, A.C. y CARRASCO, J.L.(1986). *Epidemiología. Teoría e investigación práctica*. Madrid: Díaz de Santos.

SAN MARTIN, H.(1986). *Manual de salud pública y Medicina preventiva*. Barcelona: Toray-Masson.

SANCHEZ BERNARDOS, M.L.(1989). "Notas históricas de la Psicología de la Personalidad". *Boletín de Psicología*, 25, 35-49.

SANCHEZ CANOVAS, J.(1984). *El marco teórico de la psicología diferencial*. Valencia: Promolibro.

SANCHEZ, E.F. & PEREZ, C.(1990). "Diagnóstico sistémico de una familia: El Cuestionario de Interrelación Familiar (CIF) y la técnica de rejilla". *Psicológica*, 11, 59-72.

SANCHEZ GUTIERREZ, A.E.(1990): "Los servicios de salud mental en una red sanitaria integrada: utilización y servicios (el área de Mieres)". En GARCIA CONZALEZ, J. y APARICIO BASAURI, V. (compiladores), *Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación*.

SAND, E.A. et BARO, F.(1985). *Facteurs psycho-sociaux et santé*. Bruselas: Ed. Université de Bruxelles.

SANTACREU, J.(1985). "Tartamudez: Evaluación y tratamiento". En J.A.I. CARROBLES, *Análisis y Modificación de la Conducta II*. Madrid: UNED.

SANTIBAÑEZ, I. (1982). "Comentarios Sobre factores del medio ambiente en la etiología del síndrome hiperkinético: Una revisión de estudios". *Revista chilena de Psicología*, 1-2, 65-68.

SANZ PONS, R. (1986). "Intervenciones con la familia en Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil*, Vol.1, 51-76.

SARAFINO, E.P. & ARMSTRONG, J.W. (1988). *Desarrollo del niño y del adolescente*. México: Trillas.

SARDINERO, E., LOPEZ, F., PEDREIRA, J.L. (1989). "Aproximación psicodinámica y social a la adopción y otras variantes". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* IX (29), 253-266.

SERRANO GUERRA, E. (1990). "Asistencia y formas de intervención en salud mental en el área de Oviedo". En GARCIA GONZALEZ, J. y APARICIO BASAURI (comp.), *Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación*. Oviedo: Servicio de Publicaciones.

SARRIA, E. & RIVIERE, A. (1986). "Análisis comparativo de la conducta de niños autistas, deficientes y normales en una situación de interacción". *Infancia y Aprendizaje*, 33, 77-98.

SARTORIUS, N. (1971). "The epidemiological approach to the psychiatric disorders". *Acta paedopsychiat.*, Vol.38, 335- 344.

SARTORIUS, N. y GRAHAM, Ph. (1984). "Salud Mental infantil: experiencia en ocho países". *Crónica de la OMS*, N. 5, Vol.38, 213-217.

SARTORIUS, R., WING, J.K. et COOPER, J.E. (1981). *Guide pour un examen psychiatrique*. Bélgica: P. Mardaga.

SARTORIUS, N. (1989). "Perspectivas internacionales de las clasificaciones psiquiátricas". En GUIMON, J., MEZZICH, J.E. y BERRIOS, G.E., *Diagnóstico en psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editoriales S.A.

SASTREE, H. y PEDREIRA, J.L. (1985). "La hospitalización pediátrica: intervención psicológica". *Rev. Neur. Psq. Infantil*, N. 6, Vol.II, 51-58.

SATTLER, J.M. (1977). *Evaluación de la inteligencia infantil*. México, DF: El Manual Moderno.

SCHAE, K.W. (1965). "A general model for the study of developmental problems". *Psychological Bulletin*, 64, 92-107.

SCHNEIDER, P.B., CHISTONI, G.C., BARON, P. et SCHELLHORN, J.P. (1967). "Contribution a l'étude de la population d'un service psychiatrique ambulatoire". *Social Psychiatry*, N. 2, Vol.2, 51-65.

SCHOPLER, E. & REICHLER, R.(1976). **Psychopathology and Child Development: Research and Treatment**. Nueva York: Plenum Press.

SCHOR, E.L.(1988): "Families, family roles and psychological diagnoses in primary care". *Dev. Behav. Pediatrics*, N.327- 332, Vol.9.

SCHREIBMAN, L. & MILLS, J.I.(1986). "Autismo infantil". En T.H. OLLENDICK y M. HERSEN (Dir.), **Psicopatología infantil**. Barcelona: Martínez Roca.

SCHULTE, D.(1989). "Clinical Diagnoses and Treatment Planning". *Evaluación Psicológica*, 2 (5), 135-146.

SCHULTE MARKWORT, M.J. & KNOLKER, U. (1991). "Termination of therapy in patient treatment". *Praz. Kinderpsycho. Kinderpsychiatr.*, 40 (1), 28-33.

SECADAS, F. & MUSITU, G.(1982). **Psicología Evolutiva. Edad 1 año**. Barcelona: Ediciones CEAC.

SECADAS, F. & PASTOR, E.(1983). **Psicología Evolutiva. Edad 3 años**. Barcelona: CEAC.

SELLARES, R.(1988). "Diagnóstico operatorio y diferencias individuales". En M. MORENO, **Ciencia, aprendizaje y comunicación**.

SELLTITZ, C. y Otros(1980). **Métodos de investigación en las relaciones sociales**. Madrid: Rialp.

SELVINI, M. (1984). **El desarrollo del niño a la luz del modelo sistémico**. Conferencias sobre Terapia Familiar. Sin editar. Barcelona.

SENDIN CARRASCO, B.(1981). "La entrevista psicológica". En F. MORALES, **Metodología y teoría de la Psicología**. Madrid: UNED.

SENN MILTON, J.E. & REICHLER, R.(1971). **Trastornos de Conducta y del Desarrollo en el Niño**. Barcelona: JIMS.

SEVA DIAZ, A.(1983). **Ensayo para una epidemiología psiquiátrica desde la institución asistencial**. Zaragoza: Publicaciones de la Universidad de Zaragoza.

SEVA, A. (1989): "Estrategia epidemiológica para el estudio de salud mental en la Comunidad Autónoma Aragonesa". *Anales de la Cátedra de Psiquiatría*. Zaragoza.

SHAFFER, H.R.(1988). "Child Psychology: The Future": En S. CHESS, A. THOMAS, M. HERTZIG (Eds.): **Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development**, 1987. Nueva York: Brunner/Mazel.

SHELDON, C. & MORGAN, C.D.(1984). "The child development specialist: A prevention program". *Personnel and Guidance Journal*, 62, 470-474.

SHULMAN, S. & KLEIN, M.M.(1982). "The family and adolescence: a conceptual and experimental approach". *Journal of Adolescence*, 5, 219-234.

SIDMAN, M.(1973). *Tácticas de investigación científicas*. Barcelona: Fontanella.

SIGUAN, M.(1983). *Metodología para el estudio del lenguaje en la infancia*. Barcelona: Ed. Universitarias.

SILVA, F. & LOPEZ, C.(1987). "Evaluación de las interacciones del sujeto con su ambiente". En R. FERNANDEZ BALLESTEROS (Ed.), *Psicodiagnóstico*. Vol. III.(4ª ed.). Madrid: UNED.

SILVA, F.(1987). *Psicodiagnóstico: Teoría y Aplicación*. Valencia: Publicaciones Universitarias.

SILVA, F.(1988). "La evaluación Psicológica como proceso". *Evaluación Psicológica. Psychological Assessment*, 1, 31-50.

SIMARRO, R.(1990). *Evaluación y diagnóstico en la terapia estructural de la familia*. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia.

SIMMONS, J.E.(1977). *Exploración psiquiátrica del niño*. Barcelona: Ed. Salvat.

SIQUIER DE OCAMPO, M.L., GARCIA ARZENO, M.E., GRASSANO DE PICCOLLO et al.(1979). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. 2 vols. Buenos Aires: Nueva Visión.

SIRLES, E.A. (1990). "Dropout from intake, diagnostics and treatment". *Community Ment. Health J.*, 26 (4), 345-360.

SIRLIN, M.E. y GLASSERMAN, M.R.(1974). *Psicoterapia de grupo en niños*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

SIROL, F.(1979). "Etudes statistiques des diagnostics cliniques en psychiatrie de l'enfant". *Psychiatrie de l'enfant*, N. 2, Vol.XXII, 531-573.

SKINNER, B.F., SOLOMON, G.C. & LINDSLEY, O.R.(1953). *Studies in behavior therapy*. Waltham, Massachussets: Status Reporti.

SONIS, A.(1983). *Medicina sanitaria y administración de salud*. (I y II). Buenos Aires: Ateneo.

SOROKIN, P.(1976). *Sociedad, cultura y personalidad*. Madrid: Aguilar.

SOULE, M.(1979). "Le recueil des données et des éléments du diagnostic en psychiatrie de l'enfant et du nourrisson. Sa systématisation en 1979". *Psychiatr. Enfant*, Vol.XXII, 585- 599.

SOULE, M.(1986). *Les soignante à risque dans les interactions de la petite enfance*. París: ESF.

SOULE, M. y SIROL, F.(1989). "Aproximación estadística a la Psiquiatría infantil". En LEBOVICI, S., DIATKINE, R. y SOULE, M., *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Biblioteca Nueva.

SPARROW, S.S., BALLA, D.A. & CICCHETTI, D.V.(1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines, Minn.: American Guidance Service.

SPIELBERGER, C. & BUTCHER, J.N. (1982). *Advances in personality assessment*. Vol. I. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

SPITZ, R.(1963). *La masturbación en el niño. Hacia un revaluación del autoerotismo*. Buenos Aires: Proteo.

SPITZ, R.(1968): *De la naissance à la parole*. París: P.U.F..

SPITZ, R.(1969). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.

SPITZER, R.L., ENDICOTT, J. & ROBINS, E.(1982). *Criterios diagnósticos de investigación*. Barcelona: Hoechst S.A.

SROUFE, L.A. & RUTTER, M.(1984). "The domain of developmental psychopathology". *Child Development*, 55, 17-29.

ST. CLAIR, K.L.(1978). "Neonatal Assessment Procedures: A Historical Review". *Child Development*, 49, 280-292.

STAMBAK, M.(1963). *Tono y Psicomotricidad. El desarrollo psicomotor de la primera infancia*. Madrid: Pablo del Río.

STAMBAK, M. et VIAL, M.(1974). "Problèmes posés par la déviance à l'école maternelle". *Psychiat. Enfant*, Vol.17, 241-336.

STANDFORT-BINET (1970). *Medida de la inteligencia*. Madrid: Espasa Calpe.

STEINBERG, L.(1981). "Transformations in family relations at puberty". *Developmental Psychology*, 6, 833-840.

STERN, D.(1978). *La primera relación madre-hijo*. Madrid: Ed. Morata.

STERN, D.N.(1974). "Mother and infant at play: The dyadic interaction involving facial, vocal and gaze behaviors". En M. LEWIS y L.A. ROSENBLUM (Eds.): *The effect of the infant on its caregiver*. Nueva York: John Wiley and Sons.

STERNBERG, R.J.(1987). *La inteligencia humana*. Barcelona: Paidós.

STEVENSON, I.(1974). *La historia clínica*. Barcelona: Toray- Masson.

- STOLLER, R.(1976). *Recherche sur l'identité sexuelle*. Parfs: Gallimard.
- STONE, F. & KOUPERNIK, C.(1980). *Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Salvat.
- STONE, L.J.(1970). *El preescolar de 2 a 5 años*. Buenos Aires: Paidós.
- STONE, L.J. & CHURCH, J.(1977). *El feto y el recién nacido (2ª ed.)*. Buenos Aires: Paidós.
- STORK, H.(1967). *Problèmes diagnostiques posés les psychoses au cours des arriérations mentales des jeunes enfants*. Tesis Doctoral, Parfs.
- STRACHAN, A. & JONES, D.(1982). "Changes in Identification During Adolescence: A personal Construct Theory Approach". *Journal of Personality Assessment*, 5, 529-535.
- SUAREZ, T. y FERNANDEZ ROGERO, C. (coord.)(1983). *Paradigma sistémico y terapia de familia*. Madrid: Ed. AEN-Mariarsa.
- SULLIVAN, H.S.(1977). *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires: Psique.
- SULZER-AZAROFF, B. & ROY MAYER, G.(1983). *Procedimientos del análisis conductual aplicado en niños y jóvenes*. México: Trillas.
- SUNYER, M.(1982). *Els motius de Consulta a psiquiatría infantil*. Tesina Universidad Autònoma de Barcelona.
- SUTTER, R.(1959). "Le syndrome de carence d'autorité". *Rev. Neuropsych. infant.*, Vol.7, 115-129.
- SZEKELY, B.(1966). *Los tests*. Vols. I, II y III. Buenos Aires: Kapelusz.
- SZYMANSKA & KORITOWSKA.(1951). "Pronostic des troubles caractériels de l'enfance et de la jeunesse". *Enfance*, Vol.4, 161-163.
- TANSELLA, M.(1985). *L'approchio epidemiologico in psichiatria*. Torino: El. Borhingieri.
- TEN HORN, G.H.M.M., GIEL, R., GULBINAT, W.H., HENDERSON, J.H.(1986). *Psychiatric case registers in Public Health*. Amsterdam: Ed. Elsevier.
- TEN HON, G., PEDREIRA, J.L.(1988). "Epidemiología y registro de casos en salud mental infanto-juvenil". *R.A.E.N.*, N. 26, Vol.VIII, 373-393.
- THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION(1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Revised (DSM III- R)*. Washington.
- THEVENOT,J.P.et QUEMADA, N.(1989). "Procédures d'élaboration d'un dossier informatisé: La morbidité psychiatrique de secteur Infanto- Juvénile". *Neuropsychiat. Enfant*, N. 120, Vol.37, 557-564.

THOMAS, A., CHESS, S., BIRCH, H. and HERTZIG, M.E. (1960). "A longitudinal study of primary reaction patterns in children". *Comprehen. Psychiat.*, 103-112.

THOMAS, A. y CHESS, S.(1980). *The Dinamics of Psychological Developmental*. Nueva York: Brunner/Mazel.

THOMAS, A. y CHESS, S.(1986). "The New York Longitudinal Study: From Infancy to Early Adult Life". En R. PLOMIN y J. DUNN (Eds.). *The study of Temperament: Changes, Continuities and Challenges*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

TIZON, J.L.(1978). *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Ariel.

TIZON, J.L.(1986). "La atención primaria y Salud Mental". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, N. 17, Vol.VI, 229-251.

TORRES, M.(1988). *Psicodiagnóstico*. Barcelona. Sin publicar.

TOUATI, B., LEMAIGNAN, L. & COARACY, L.(1990). "Conditions et limites d'une évaluation psychopathologique". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, N. 10-11, Vol.38, 559-564.

TOUS, J.M. (1986). *Psicología de la Personalidad: Diferencias individuales, biológicas y cognitias en el procesamiento de la información*. Barcelona: PPU.

TOUS, J.M.(1989). "Modificación de Conducta, Personalidad y Psicología Clínica". *Análisis y Modificación de Conducta*, 15 (44), 221-238.

TREFFERT, D.A. "Epidemiology of infantile autism". *Arch. Gene. Psychiatry*, 22, 431-438.

TUMA, J.(1985). "Child Mental Health in perspective". En S.I. PFEIFFER (Ed.), *Clinical Child Psychology*. Orlando: Grune and Stratton.

TURECKI, S. & TONNER, L.(1985). *The difficult child*. Nueva York: Bantam boocks.

ULREY, G.(1985). "The Screening, Assessment and Intervention of Children with Developmental Disabilities". En S.I. PFEIFFER (Ed.), *Clinical Child Psychology*. Orlando: Grune and Stratton.

UZGIRIS, I.C. y HUNT, J.McV.(1978). *Assessment in Infancy. Ordinal Scales of Psychological Development*. Urbana: University of Illinois Press.

VALLA, J.P., BOULANGER, M. & REYDELLET, C.(1990). "Essai comparatif de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent et du DSM-III dans une population clinique montréalaise". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, N. 10-11, Vol. 38, 585-588.

VAZQUEZ-BARQUERO, J.L.(1980). "Metodología de la investigación epidemiológica psiquiátrica: los estudios en dos fases de la comunidad". *Revista de Psiquiatría y Psicología médica*, Vol.7, 154-162.

VAZQUEZ-BARQUERO, J.L., DIEZ MANRIQUE, J.F.(1982). "Las fuentes de información en la investigación epidemiológica". *Psiquis*, Vol.9, 23-30.

VAZQUEZ BARQUERO, J.L., PADIERNA ACTERO, J.A. y DIEZ MANRIQUE, J.F. (1984). "El concepto de caso en la investigación psiquiátrica". *Psiquis*, V (3), 17-21.

VAZQUEZ BARQUERO, J.L., DIAZ MANRIQUE, J.F. y MIRAPEIX COSTAS, C.(1985). "La unidad psiquiátrica de consulta y enlace en el Hospital general: una perspectiva docente, asistencial e investigadora". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, N. 14, Vol.V, 299-312.

VAZQUEZ BARQUERO, J.L., DIEZ MANRIQUE, J.F. y PEÑA, C. (1986). "Evaluación en Salud Mental: Aspectos conceptuales y metodológicos". *Rev. de Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, VI (19).

VEA, R.(1989). "Factores psicosociales de la depresión y la ansiedad en madres con hijos deficientes mentales". *Zerbitzuun*, 9, 94-105.

VELILLA PICAZO, J.M. y SERRAT MORE, D.(1988). Epidemiología de las conductas suicidas en la infancia y en la adolescencia. XXVIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Psiquiatría Infantojuvenil. La Toja.

VERDUGO, M.A.(1985). "Deficiencia Mental: Definición, Clasificación y Análisis Funcional" e "Intervenciones Conductuales en la Deficiencia Mental". En J.A.I. CARROBLES, *Análisis Funcional y Modificación de la Conducta II*. Madrid: UNED.

VERHULST, F.C., BERDEN, G.F.M.G. & SANDERS-WOUDSTRA, J.A.R.(1985). "Mental Health in dutch children (II): the prevalence of psychiatric disorders and relationship between measures". *Act. Psychiat. Scans. Supp.*, N. 324, Vol.72, 1-44.

VIGNAT, J.P.(1989). "Standardisation des données en Pédopsychiatrie". *Neuropsychiatrie del'Enfance*, N. 12, Vol.37, 535.

VIKAN, A.(1985). "Psychiatric epidemiology in a sample of 1510 ten year old children: I prevalence". *Journal Child Psychol. Psychiatry*, Vol.20, 462-476.

VILA, J.(1987). "Evaluación Psicofisiológica". En R. FERNANDEZ BALLESTEROS (Ed.), *Psicodiagnóstico* (4ª ed.). Madrid: UNED.

VILCHES, L.(1987). *Evaluación psicológica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

VIZCARRO, C.(1987). "Aproximaciones empíricas al estudio del proceso diagnóstico" *Evaluación Psicológica. Psychological Assessment* 3, 299-344.

VOIZOT, B.(1981). "Etude longitudinale d'un groupe de enfants psychotiques". *Rev. Prat. Psychol. Vie. Soc. Hyg. Ment.*, 3 (1), 21-31.

WALLEN, J. & PINCUS, H.A.(1988). "Care of children with psychiatric disorders at community hospitals". *Hosp. Community Psychiatry*, N. 2, Vol.39, 167-172.

WALLERSTEIN, J.S. & KELLY, J.H.(1975). "The effects of parental divorce. Experiences of the preschool child". *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, Vol 14, 600-616

WALSH-ALLIS, G.A. & ORVASCHEL, H.(1986). "Multidimensional Assessment of Social Adaptation in Children and Adolescents". En R.J. PRINZ (Ed.), *Behavioral Assessment of children and families* (Vol. 2). Greenwich, CT: JAI Press.

WARE, J.C. & ORR, W.C.(1983). "Sleep disorders in children". En C.E. WALKER y M.C. ROBERTS, *Handbook of Clinical Child Psychology*. Nueva York: John Wiley.

WATSON, R.I.(1953). "A brief history of clinical psychology". *Psychological Bulletin*, 50, 321-346.

WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J.(1977). *Sur l'interaction: Palo Alto 1965-1974*. París: Ed. Seuil.

WATZLAWICK, P.(1972). *La logique de la communication*. París: Ed. Seuil.

WECHSLER, D.(1963). *Escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria, W.P.P.S.I.* Nueva York: The Psychological Corporation. Adapt. españ.: TEA,1976.

WECHSLER, D.(1974). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R)*. Nueva York: Psychological Corporation.

WEINER, I.B. (1976). *Clinical methods in psychology*. Nueva York: Wiley.

WEINER, I.B.(1987). "El futuro del Psicodiagnóstico". Revisado. En A. AVILA ESPADA Y C. RODRIGUEZ SUTIL (Comps.), *Psicodiagnóstico Clínico*. Bilbao: DDB.

WEISZ, J.R., WEISS, B. & LANGMEYER, D.B. (1987). "Giving up on child psychotherapy: who drops out?". *J. Consult. Clin. Psychol.*, 55 (6), 916-918.

WEISZ, J.R., WEISS, B. & LANGMEYER, D.B. (1989). "On dropouts and refusers in child psychotherapy: reply to Garfield". *J. Consult. Clin. Psychol.*, 57 (1), 170-171.

WERRY, J. & QUAY, H.(1971). "The prevalence of behavior symptoms in younger elementary school children". *Am. J. Orthopsychiatry*, Vol.41, 136-143.

WESTMAN, J.C., CLINE, D.W., SWIFI, W.K. & KRAMER, D.A.(1970). "Role of child psychiatry in divorce". *Arch. gen. Psychiat.*, Vol.23, 416-420.

- WIDIGER, T.A. & SPITZER, R.L.(1991). "Sex bias in the diagnosis of personality disorders: Conceptual and methodological issues". *Clinical Psychology Review*, Vol.11, 1-22.
- WIDLOCHER, D.(1983) "L'étude des déterminations du comportement humain". *Psychiatr. Enfant*, N. 1, Vol.XXVI, 141-158.
- WIDLÖCHER, D.(1983). "Le modèle psychoanalytique de la personnalité". *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 3, 191-202.
- WIDLÖCHER, D.(1984). "Le psychanalyse devant les problèmes de clasificación". *Confront. Psychiatr.*, Vol.24, 141-156.
- WILSON, D.R. y PRENTICE-DUNN, S.(1981). "Rating scales in the assessment of child behavior". *Journal of Clinical Child Psychology*, 10, 121-126.
- WILLIAMS, P. & cols. (1980): "Case definition and case identification in psychiatric epidemiology: review and assesement". *Psychological medicine*, 10, 101-114.
- WING, EVERARD & otros.(1982). *Autismo infantil. Aspectos médicos y educativos*. Madrid: Santillana.
- WING, J.K., COOPER, J.E. & SARTORIUS, N.(1974). *The measurement and classification of Psychiatric symptoms*. Cambridge: Ed. Cambridge University Press.
- WING, J.K., COOPER, J.E. & SARTORIUS, M.(1980). *Guide pour un examen psychiatrique*. Paris: Mardaga.
- WINNICOTT, D.W.(1941). "La observación de niños en una situación fija". En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Ed. Laia.
- WINNICOTT, D.W.(1942). "Consultas en el departamento infantil". En *Escritos de Pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Ed. Laia.
- WINNICOTT, D.W.(1942). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires: Ed. Hormé.
- WINNICOTT, D.W.(1962). *Conozca a su niño*. Buenos Aires: Hormé- Paidós.
- WINNICOTT, D.W.(1971). *L'enfant et sa famille*. París: Payot.
- WINNICOTT, D.W.(1979). *El proceso de maduración en el niño*. (Segunda edición). Barcelona: Ed. Laia.
- WINNICOTT, D.W.(1980). *Clínica psicoanalítica infantil*. Buenos Aires: Horme, Paidós.
- WIRT, R.D. & LACHAR, D.(1981). "The Personality Inventory for Children: Debelopment and Clinical Applications". En Mc REYNOLDS (Ed.), *Advances in psychological Assessment*. San Francisco: Jossey Bass.

WOLR, S.(1970). "Comportement et pathologie de parents d enfants perturbés". En ANTHONY, E.J. y KOUPERNIK, C. (dirs.), *L'enfant dans sa famille*. París: Masson et Cie.

WORTMAN, P.M.(1983). "Evaluation Research: a methodological perspective". *Annual Review of Psychology*, 34, 223-260.

YALKIN, F.(1981). *Problemas Normales de la Conducta Infantil*. Madrid: Nuestra Cultura.

ZAZZO, R. & HURTING, M. Cl.(1969). *La mesure du developpment psychosocial*. París: Delechaux et Niestlé.

ZAZZO, R., DAGUE, P., SCHMELK, M.A. & ROSSI, P.(1975). "Wics et Nemi. Premiers resultats d'une étude comparative". *Enfance*, 3- 4, 253-271.

ZAZZO, R.(1979). *Manual para el examen psicológico el niño*. Madrid: Fundamentos.

ZEGOIB, L.E., ARNOLD, S., FOREHAND, R.(1975). "An examination of observer effects in parent-child interactions". *Child Development*, 46, 509-512.

ZUAZO, J.I. (1985). "Esbozos de trabajo psiquiátrico comunitario en el territorio histórico de Alava". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 24, 58-69.