

M. D. Domínguez¹
P. López²
M. Vázquez³

- 1 Profesora Titular de Psiquiatría
Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela
- 2 Psicóloga Clínica.
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Área de
Santiago. CHU Santiago.
- 3 Alumna de Postgrado
Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela

Correspondencia:

M^a D. Domínguez Santos
Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Rúa San Francisco, s/n
15705 Santiago de Compostela (La Coruña)

Códigos V en la adolescencia: características generales y consumo de servicios especializados

Code V in adolescence: general characteristics and average use of specialized services

RESUMEN

En este estudio se analizan las características de los adolescentes diagnosticado de Códigos V (DSM III R) y se compara el tipo de intervención, la evolución y el tiempo de retención de los sujetos diagnosticados como códigos V con el grupo de adolescentes diagnosticados de trastornos psiquiátricos. El estudio recoge una muestra de 524 adolescentes consultados en la USM-IJ del área de Santiago en el período 1990-1995.

La metodología empleada consiste en la descripción y comparación de las características de ambos grupos mediante los estadísticos Ji-cuadrado de Pearson y t de Student.

Entre los resultados se encuentra que el diagnóstico de códigos V tiene una importante prevalencia entre los adolescentes que consultan en una UXM-IJ (32%) y se observa un incremento progresivo de esta categoría diagnóstica.

Respecto de las características encontramos un predominio de varones de zonas rurales, cuya demanda procede fundamentalmente de la

familia, aunque no objetivamos la existencia de conflictivas específicas ni familiares ni escolares. El consumo medio de Servicios especializados es elevado pero siempre menor que en el caso de los adolescentes que reciben otros diagnósticos psiquiátricos. Atendiendo a los diferentes subtipos de códigos V observamos un mayor consumo de Servicios en los que expresan problemas de relación familiar.

PALABRAS CLAVE

Adolescencia; Códigos V; Consumo de Servicios.

ABSTRACT

In this paper we analyse the characteristics of adolescents diagnosed as Code V (DSMIII R). A sample totaling 524 adolescents. The sample as a whole 168 subjects were diagnosed as Code V and 356 are classified by diverse psychiatric diagnosis.

Methods used for research were: casuistic description and comparison of both groups of the adolescents consulted in the USM-IJ in the area of Santiago during the period 1990-1995. A descriptive analysis of the characteristics, socio-demographic, socio-familiar and the use of Specialized Services of adolescents of both groups by means of a statistical table. The results suggest the diagnosis of Code V has an important prevalence amongst adolescents consulted in one USM-IJ (32%) and a progressive increment of this diagnosed category has been observed. As for the characteristics we find that the number of males whose medical demand come basically from the family although we did not notice any sort of specific or conflictive problems neither in the family nor in the school.

The average use of specialized Services is high but always less than for adolescents receiving other psychiatric diagnosis. Keeping in mind the different subtypes of Code V we observe a greater use of specialized Services by adolescents suffering problems with family relationship.

KEY WORDS

Adolescence; Codes V; Health Service Use.

INTRODUCCIÓN

En el año 1995, parte de nuestro grupo realizamos un análisis de las demandas de consulta de la población adolescente durante los 20 años de actividad desarrollada por la USM-IJ del área de Santiago de Compostela, en este trabajo obtuvimos, entre otros, los siguientes datos:

- La demanda de atención de los adolescentes en la Unidad se ha incrementado a lo largo de este período. En la actualidad, constituye el 50% de la consulta total. El incremento de las demandas es progresivo en el tiempo aunque es más importante en los últimos cinco años.

- La patología psíquica predominante entre los adolescentes que nos consultan puede agruparse bajo el epígrafe de "patología menor".
- La prevalencia de patología psíquica menor se mantiene a lo largo del tiempo mientras que se incrementan las categorías diagnósticas que implican mayor gravedad psíquica.
- La Categoría Diagnóstica: Códigos V es la que registra una mayor prevalencia e incremento en los últimos tiempos (Domínguez et al, 1995).
- Excepto en lo que se refiere a los Códigos V, nuestros hallazgos coinciden con los reseñados en la bibliografía: Weinberg et al (1982), Kashani et al (1982), Lobowitz et al (1985), Morandé Lavín (1990), Fernández Moreno et al (1991), Goñi Sarries et al (1991), Padierna Acero et al (1991), Rutter et al (1994).

La definición de la Categoría Diagnóstica Códigos V: «*Aquellos estados o alteraciones que merecen atención o tratamiento pero que no son atribuibles a ningún trastorno mental detectable*» (DSM-III-R) y los datos obtenidos previamente, nos han impulsado a realizar este trabajo como respuesta a las preguntas y reflexiones que han suscitado entre nosotros:

- La importancia de este diagnóstico entre los adolescentes que nos consultan puede contribuir a la psiquiatrización innecesaria de un grupo de personas que, si bien requieren tratamiento o intervención ¿deberían recibir la atención que necesitan de Servicios de Salud Mental Específicos o de otros servicios y/o profesionales?
- El consumo de Servicios Especializados que producen, al menos en nuestro caso, ¿repercute negativamente en la atención que desde los mismos debe prestarse a los adolescentes que presentan Patología Psiquiátrica?

A partir de estos datos, nos hemos planteado los siguientes objetivos:

- Analizar las características de los adolescentes diagnosticados de Códigos V y determinar si son específicas de este grupo o si son similares a las del grupo de adolescentes diagnosticados de Patología Psiquiátrica.
- Conocer la distribución de los posibles diagnósticos de los Códigos V.

- 84 — Aproximarnos a la magnitud del consumo de Servicios Especializados que realizan los adolescentes que reciben este diagnóstico.

MÉTODOS

Material y muestra

El material que hemos utilizado son las Historias Clínicas del conjunto de los adolescentes (12-17 años) consultados durante los últimos seis años (1990-1995) en la USM-IJ del área de Santiago de Compostela.

La muestra total está formada por 519 sujetos adolescentes, 297 varones y 222 mujeres.

Procedimiento

La metodología desarrollada ha consistido en:

- a. División de la muestra en dos grupos:
 - Grupo I: adolescentes diagnosticados de Códigos V: 171 (33%).
 - Grupo II: adolescentes diagnosticados de Patología Psiquiátrica: 348 (67%).
- b. Descripción de las características de ambos grupos:
 - Características Generales: edad, sexo, hábitat, estructura y conflictiva familiar, nivel socioeconómico, rendimiento y conflictiva escolar, motivo para consultar y procedencia de la derivación a la consulta.
 - Diagnósticos: distribución dentro de cada grupo. Especificación de los Códigos V y agrupación de los diagnósticos de Patología Psiquiátrica.
 - Intervención: tratamiento propuesto, evolución y tiempo de retención en la consulta, en ambos grupos. El tiempo de retención en la consulta se mide en semanas, considerando que lo usual es una visita por semana.
- c. Comparación de los dos grupos respecto a las características generales mediante los estadísticos ji-cuadrado de Spearman y t de Student, paquete estadístico SPSS/PC.

RESULTADOS

Características generales

Grupo I: Códigos V

El número de sujetos es 171, predominan los varones, las edades comprendidas entre los 12 y 15 años (media = 14,2) y el hábitat rural.

El tipo de familia a la que pertenecen es nuclear o extensa y no se detecta conflictiva familiar específica. El 7,6% de los sujetos de este grupo son hijos únicos, la mayoría pertenecen a familias con varios hijos que no suelen exceder de cuatro.

El nivel socioeconómico predominante es el medio y medio-bajo, siendo las profesiones más frecuentes de los padres: trabajadores (sin o con cualificación), agricultores y marineros. Entre las madres, las profesiones son similares a las de los padres, con la salvedad de la profesión "ama de casa" que es mayoritaria (38%). El porcentaje de padres y madres con estudios medios, superiores y con elevado nivel económico es escaso. En la mayor parte del grupo trabajan ambos padres.

En el medio escolar no se detectan problemas específicos de relación y disciplina (19,3%) pero existe un importante porcentaje de fracaso escolar (61,4%).

El motivo que los lleva a consultar es la presencia de sintomatología menor, alteraciones de la conducta, problemas académicos y de relación familiar.

La iniciativa de la consulta suele proceder de la familia y del médico de atención primaria, que suele aceptar la indicación de la familia. El 23,4% de los sujetos de este grupo son derivados a la consulta por Servicios Sanitarios Especializados, algunos de ellos de Salud Mental. Es escasa la demanda que parte del Sistema Educativo y de los Servicios Sociales y Judiciales.

Grupo II: Patología psiquiátrica

El número de sujetos es 348, predominan los varones, las edades, comprendidas entre los 12 y 15 años (media = 14,1), y el hábitat rural.

El tipo de familia a la que pertenecen es nuclear o extensa y se detecta conflictiva familiar específica en un tercio del grupo. El 9,8 % de los

sujetos de este grupo son hijos únicos, la mayoría pertenecen a familias con varios hijos que no suelen exceder de cuatro.

El nivel socioeconómico predominante es el medio y medio-bajo siendo las profesiones más frecuentes de los padres: trabajadores (sin o con cualificación), agricultores y marineros. Entre las madres, las profesiones son similares a las de los padres, con la salvedad de la profesión "ama de casa" que es mayoritaria (44,8%). El porcentaje de padres y madres con estudios medios, superiores y con elevado nivel económico es escaso. En la mayor parte del grupo trabajan ambos padres.

En el medio escolar no se detectan problemas específicos de relación y disciplina (12,1%) pero existe un importante porcentaje de fracaso escolar (60,1%).

El motivo que los lleva a consultar es la presencia de sintomatología menor, alteraciones de la conducta y problemas académicos. Con escasa representación aparecen en este grupo dos nuevas motivaciones para consultar: los trastornos alimentarios (7,5%) y la sintomatología grave, de características psicóticas (3,5%).

La iniciativa de la consulta suele proceder de los Servicios Sanitarios Especializados (37,6%), seguidos del Médico de Atención Primaria y de la familia. Es escasa la demanda que parte del Sistema Educativo y de los Servicios Sociales y Judiciales.

Comparación de las características generales de los grupos

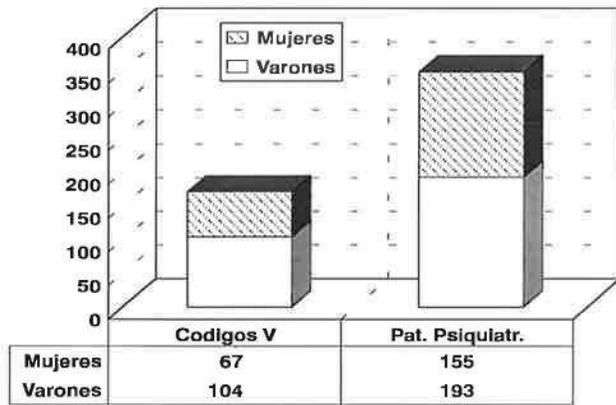
El análisis de las diferencias significativas entre ambas poblaciones, (Gráficos 1 a 10) ponen de manifiesto lo siguiente:

No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, la edad, hábitat, estructura familiar, nivel socioeconómico y fracaso escolar.

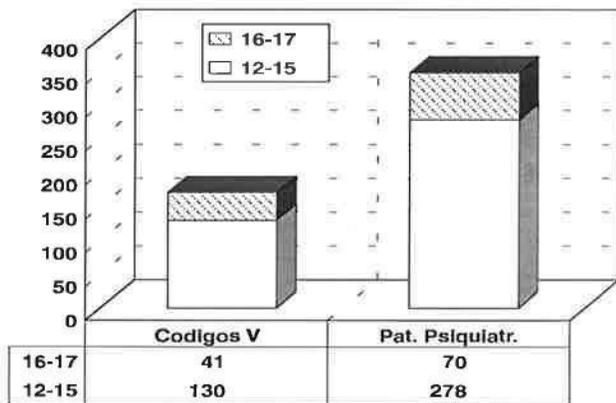
Observamos diferencias significativas en lo que se refiere a la conflictiva familiar, escolar, motivo de consulta y procedencia de la derivación a consulta.

En síntesis, las diferencias entre los dos grupos definen las siguientes características específicas:

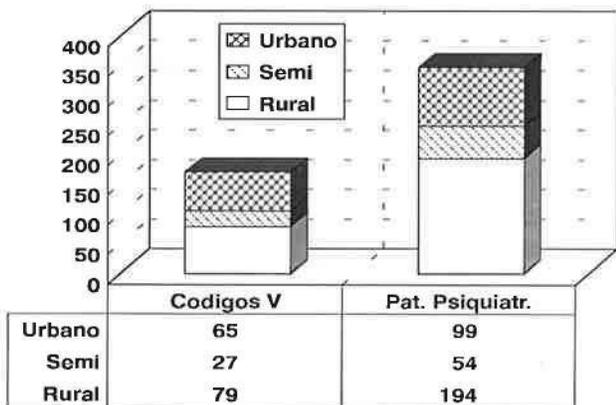
- El grupo diagnosticado de Códigos V presenta conflictiva escolar, consulta por motivaciones de tipo familiar y socioambiental; la iniciativa de la consulta corresponde a la familia.



Gráfica 1. Características generales: sexo.

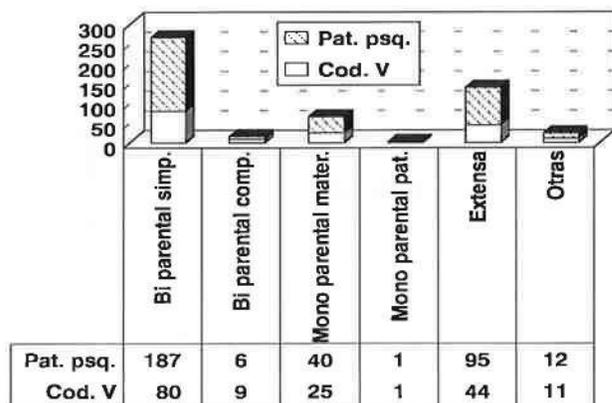


Gráfica 2. Características generales: edad.

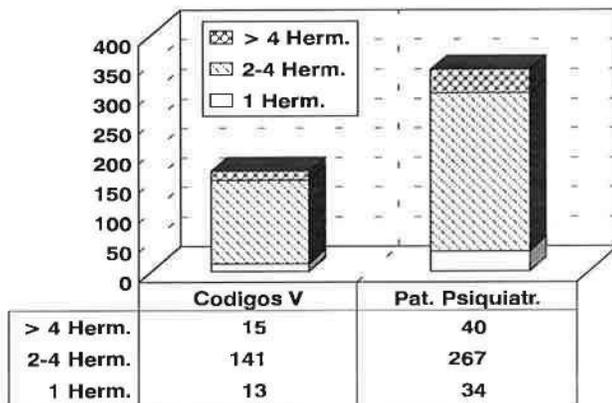


Gráfica 3. Características generales: medio.

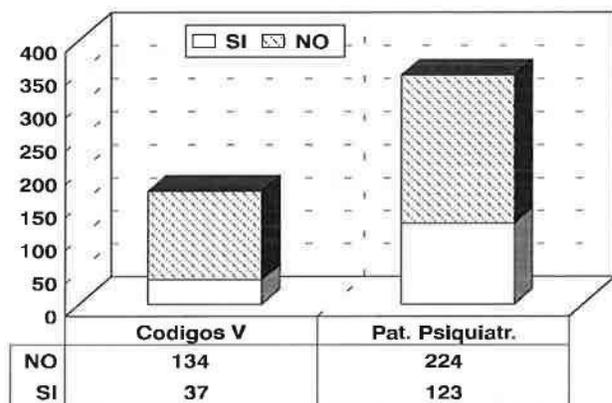
86



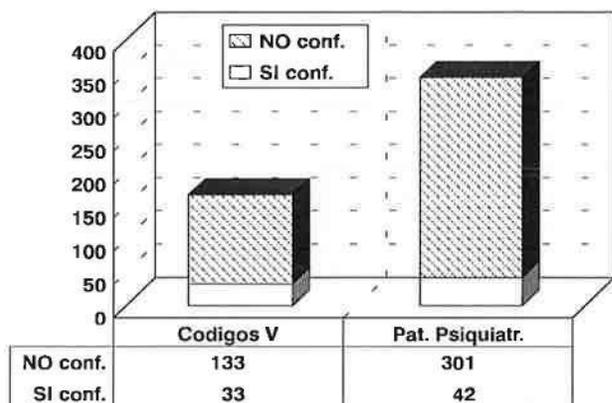
Gráfica 4. Tipo de familia.



Gráfica 7. Características generales: número de hermanos.



Gráfica 5. Conflictiva familiar Ji cuadrado $p < 0,005$.



Gráfica 6. Conflictiva escolar Ji cuadrado $p > 0,050$.

— El grupo diagnosticado de Patología Psiquiátrica presenta conflictiva familiar, consulta por síntomas menores, trastornos en la alimentación y sintomatología mayor; la iniciativa de la consulta corresponde a los Servicios Sanitarios Especializados.

Diagnóstico

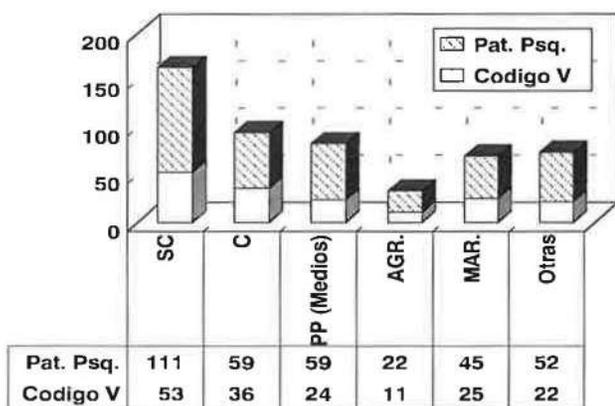
Grupo I: Códigos V

La distribución de las diferentes categorías diagnósticas de los Códigos V, por orden de frecuencia se pueden observar en la tabla 1.

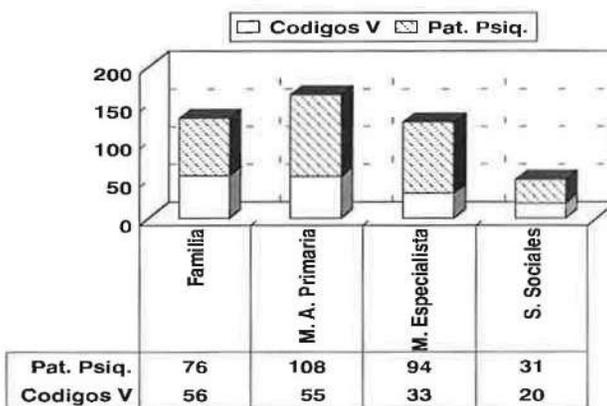
La distribución de los diagnósticos indica que las consultas tienen que ver con problemas familiares y personales específicos de esta etapa de la

Tabla 1 Distribución de diagnósticos de Códigos V

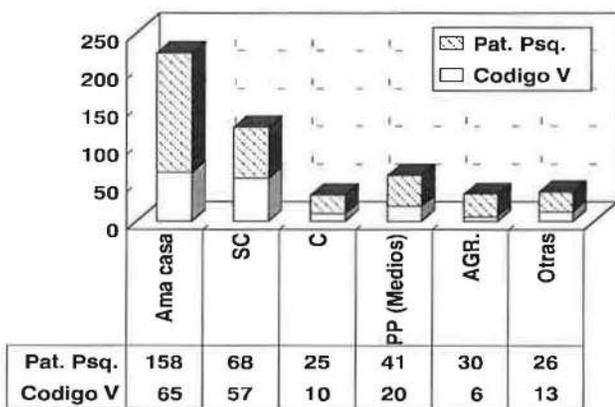
V71.09: Ausencia de diagnóstico psiquiátrico = 54 (31,5%)
V61.20: Problemas paterno-filiales = 49 (28,7%)
V62.89: Problemas escolares = 25 (14,6%)
V62.30: Problemas biográficos o circunstancias vida = 23 (13,5%)
V61.80: Otras circunstancias familiares específicas = 12 (7%)
V71.02: Conducta antisocial en infancia/adolescencia = 5 (2,9%)
V65.20: Simulación = 1 (0,6%)
V40.00: Capacidad intelectual límite = 1 (0,6%)
V15.81: Incumplimiento de las instrucciones médicas = 1 (0,6%)



Gráfica 8. Características generales: trabajo padre.



Gráfica 11. Derivación Ji cuadrado $p < 0,0050$.



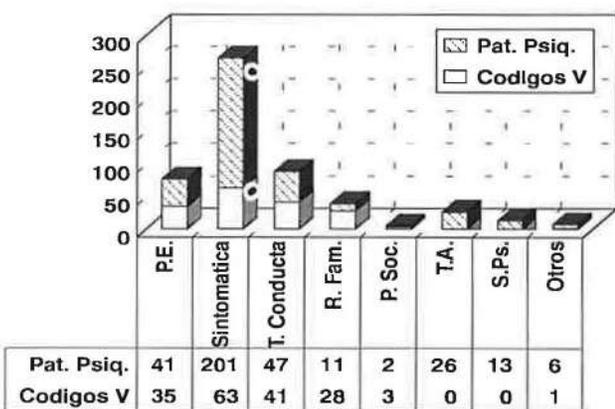
Gráfica 9. Características generales: trabajo madre.

vida. Las alteraciones de mayor relevancia (V71.02) tienen una presentación escasa.

Grupo II: Patología psiquiátrica

La distribución de los diagnósticos de Patología Psiquiátrica se han reunido bajo los epígrafes de grupos similares, para evitar su dispersión, por orden de frecuencia se pueden observar en la tabla 2.

La distribución de los diagnósticos de Patología Psiquiátrica pone de manifiesto la mayor prevalencia de "patología menor" entre los adolescentes, el descenso de las consultas motivadas por la escuela y la escasa presencia, aunque relevante, de patología grave en la adolescencia.

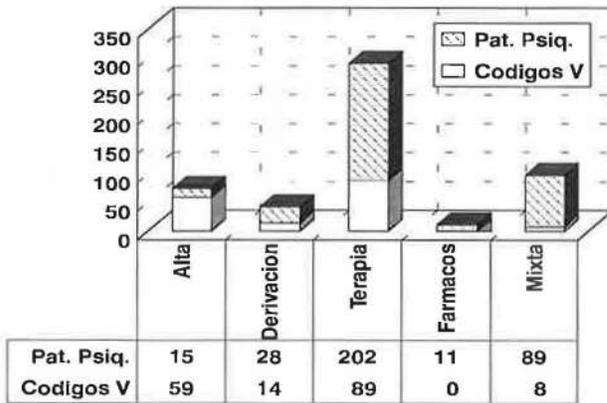


Gráfica 10. Motivo de consulta Ji cuadrado $p < 0,001$.

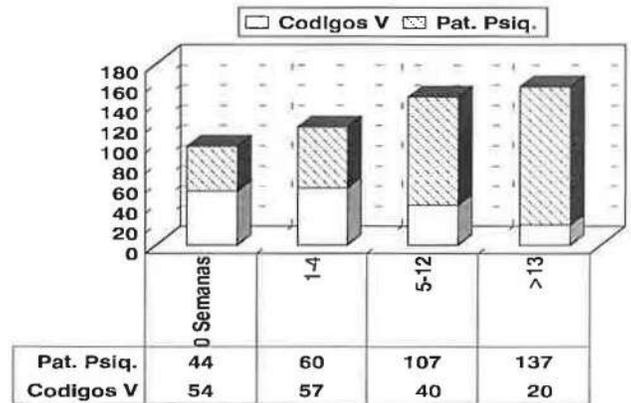
Tabla 2 Distribución de diagnósticos de patología psiquiátrica

E-300.00:	Trastornos neuróticos = 101 (29%)
E-307.00:	T. sintomáticos = 44 (12,6%)
E-309.00:	T. adaptativos = 41 (11,7%)
E-317.00:	Retraso mental = 32 (9,1%)
E-296.20:	T. afectivos = 32 (9,1%)
E-312.00:	T. por conductas perturbadoras = 28 (8%)
E-307.10:	T. de la conducta alimentaria = 24 (6,8%)
E-315.00:	T. específicos del desarrollo = 16 (4,5%)
E-295.10:	Esquizofrenia = 6 (1,7%)
E-301.90:	T. de la personalidad = 3 (0,8%)
E-304.00:	T. por uso de sustancias psicoactivas = 2 (0,5%)
E-299.00:	T. generalizados del desarrollo = 1 (0,2%)
E-310.10:	T. orgánico de la personalidad = 1 (0,2%)

88



Gráfica 12. Intervención Ji cuadrado $p < 0,001$.



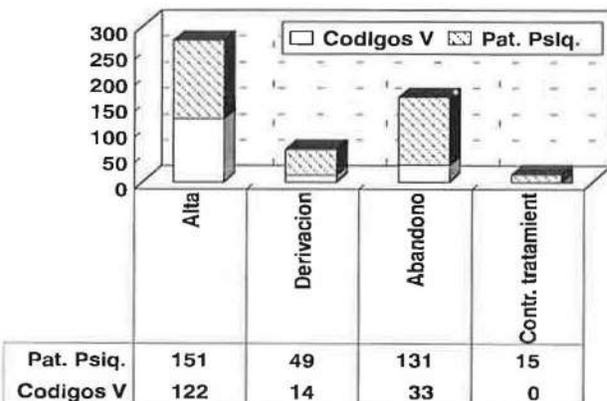
Gráfica 14. Retención Ji cuadrado $p < 0,000$.

Intervención

Grupo I: Códigos V

El tipo de tratamiento que se le propone a este grupo de adolescentes es en primer lugar el apoyo psicoterapéutico. El alta post-primera consulta es la intervención que sigue en frecuencia. El 8,2% de los sujetos de este grupo son derivados a otros servicios, por lo general, no sanitarios (Gráf. 12).

En cuanto a la evolución (Gráf. 13), señalamos el abandono del tratamiento psicoterapéutico en el 19,3% de los sujetos de este grupo, aunque su frecuencia es bastante mayor si consideramos exclusivamente a los sujetos que se le oferta apoyo psicoterapéutico (34%).



Gráfica 13. Evolución Ji cuadrado $p < 0,000$.

La media del tiempo de retención en la consulta es de 4,52 semanas/sujeto, (Gráf. 14). Tres meses después de finalizar la recogida de la muestra ninguno de los sujetos de este grupo continuaba en tratamiento.

El 31,6% de los sujetos realiza un consumo mínimo del servicio, limitado a la entrevista de evaluación que repercute, en todo caso en el volumen de la lista y tiempo de espera de la Unidad.

Consumen de 1 a 4 semanas, que es el tiempo máximo para una evaluación diagnóstica completa, un tercio de los sujetos.

Consumen de 5 a 12 semanas, que es el tiempo habitualmente empleado en apoyo psicoterapéutico encaminado a evaluación, esclarecimiento de situaciones, consejo y revisión del seguimiento del mismo, el 23,4% de los sujetos.

Realizan un consumo elevado, superior a trece semanas, el 11,7% de los sujetos.

Respecto de los dos últimos subgrupos, con un consumo superior a 5 semanas, hemos de decir que sobre todo se abordan problemas de relación familiar que, en muchos de ellos merecerían otra consideración diagnóstica, de los padres o del grupo familiar, no del propio adolescente consultado.

Grupo II: Patología psiquiátrica

El tipo de tratamiento predominante, en este grupo es la psicoterapia, seguido del tratamiento mixto (psicofármacos y psicoterapia). La terapéutica exclusivamente basada en la medicación es

anecdótica. El 8,1% de los sujetos de este grupo son derivados a otros servicios en parte sanitarios y en parte no sanitarios. Un pequeño porcentaje del grupo recibe el alta post-primera consulta, en general son derivaciones no registradas o síntomas que desaparecen en el tiempo de espera.

En cuanto a la evolución, la mayor parte del grupo se mantiene en tratamiento hasta el alta pero hay que señalar un importante índice de abandonos (37,4%) que se incrementa si consideramos sólo aquellos a los que se les plantea seguimiento terapéutico (42,9%). Este dato nos ha parecido preocupante aunque su evaluación es difícil ya que muchos de nuestros pacientes abandonan el tratamiento en las últimas fases, cuando la mejoría es substancial aunque no haya la indicación de alta del profesional; hemos preferido recogerlo estrictamente, aunque no los consideremos auténticos abandonos, para poder estudiar con detalle las características de los pacientes que de alguna manera abandonan la consulta sin finalizar el tratamiento.

La media del tiempo de retención en la consulta es de 22,2 semanas/sujeto. El 4,3% del grupo continuaba en tratamiento tres meses después de finalizar la recogida de la muestra.

El 12,6% de los sujetos realiza un consumo mínimo del servicio, limitado a la entrevista de evaluación, son aquellos que se derivan a otros servicios o que han resuelto sus síntomas cuando se realiza la primera consulta, en uno de los pacientes se trata de un abandono post-primera consulta.

Consumen de 1 a 4 semanas el 17,2% de los sujetos, son aquellos que resuelven su sintomatología menor con el apoyo que se presta en estas semanas.

Consumen de 5 a 12 semanas un tercio de los pacientes.

Realizan un consumo superior a trece semanas, el 39,4% de los sujetos.

En el análisis de este grupo es necesario, a nuestro juicio, pormenorizar en el tiempo de retención, teniendo en cuenta los diagnósticos, para conocer con detalle el índice de consumo de Servicios Especializados por los adolescentes diagnosticados de patología psiquiátrica, que no es el

objeto de este trabajo. De todos modos, presumimos que la comparación entre los adolescentes que presentan patología psiquiátrica menor y los diagnosticados de Códigos V las diferencias no son importantes.

Comparación de la intervención en los grupos

El análisis de las diferencias significativas entre ambas poblaciones, a través de las pruebas estadísticas utilizadas, indica la existencia de importantes diferencias, como cabía esperar.

Observamos diferencias significativas en los tres aspectos estudiados.

En síntesis, las diferencias entre los dos grupos definen las siguientes características específicas:

- El grupo diagnosticado de Códigos V recibe apoyo psicoterapéutico y el alta post-primera consulta. No hay sujetos que reciban tratamiento exclusivamente basado en fármacos y los casos de terapia mixta son escasos. El alta es la evolución más frecuente, seguida de los abandonos. El tiempo de retención es medio bajo, el porcentaje de consumo elevado es escaso.
- El grupo diagnosticado de Patología Psiquiátrica recibe tratamiento psicoterapéutico y mixto, un pequeño porcentaje recibe tratamiento exclusivamente farmacológico y los casos de alta post-primera consulta son escasos. El alta es la evolución más frecuente seguida de los abandonos que indican un índice importante. El tiempo de retención es medio alto, el porcentaje de consumo elevado es considerable.

DISCUSIÓN

La magnitud de la prevalencia de patología psiquiátrica en la adolescencia ha sido señalada por diversos autores; así, para Rutter et al (1994) un tercio de los adolescentes "normales" presentan síntomas clínicos; en la misma línea, Takeuchi et al (1993) señalan que el 15% de la población adolescente presenta problemas de adaptación, y según Realmuto et al (1992) un quinto de los niños

90 y jóvenes americanos tienen al menos un diagnóstico psiquiátrico aplicando criterios DSMIII. Los autores mencionados consideran que estas cifras son menores que las reales, en tanto que esta población no es autónoma para decidir la solicitud de consulta y son muchos los factores como señalan Kelleher et al (1992) que pueden disminuir la llegada y retención en la red sanitaria de este colectivo.

En este mismo sentido, Morandé Lavín (1990), en un estudio de población general escolarizada de Madrid y Cuenca, encuentra un grupo de riesgo de patología psiquiátrica del 21% en mujeres y del 10% en varones. En Galicia, en el estudio de Salud Mental y Adolescencia llevado a cabo por nosotros detectamos una población de riesgo del 22,6%, (Mazaira et al, 1991).

Los estudios referidos a la población adolescente consultada, que mencionamos en la introducción, hacen referencia al predominio de los diagnósticos de "patología menor" y la escasa pero importante prevalencia de patología psíquica grave.

La prevalencia de la Categoría Diagnóstica Códigos V, aunque puede sobreentenderse en algunos trabajos, sólo la encontramos definida por Morandé Lavín (1990) en un 22% y en la revisión realizada en nuestra Unidad por Domínguez et al (1995) en el 31,7%. Los restantes autores no se ocupan directamente de este dato por ser escasamente relevante. En nuestra opinión, el manejo habitual en la clínica de las Clasificaciones Internacionales influye en la utilización y detección de este diagnóstico.

Las semejanzas existentes, en lo que se refiere a características generales, entre los dos grupos de adolescentes estudiados nos remiten a las dificultades, repetidamente señaladas por muchos autores en el ámbito de la Psiquiatría Infanto-Juvenil (Wildlöcher, 1976; Ajuriaguerra, 1980; Kestemberg, 1980; Marcelli et al, 1986; Rutter et al, 1994, etc) para discernir entre normalidad y patología en esta etapa de la vida, de tal modo que un mismo motivo de consulta puede conducir, a través del proceso de evaluación, a muy diferentes diagnósticos.

Las escasas diferencias encontradas entre los dos grupos, referidas también a las características generales, nos remite también a la influencia de las

características de los adultos que rodean a los niños y adolescentes con problemas y que ha sido recogida por numerosos autores, como los ya mencionados.

Las características de la intervención plantean, a nuestro juicio, las verdaderas diferencias entre los dos grupos: existencia o no de patología psiquiátrica. En este mismo sentido las señala Morandé Lavín (1990).

La magnitud del consumo de Servicios Especializados que realizan los adolescentes que no presentan patología psiquiátrica, pero que son psiquiatrizados, lo hemos considerado bajo, término que se debe relativizar cuando se trata de evaluación de actividad asistencial para la salud mental, nos remite a la necesidad del establecimiento de filtros adecuados que eviten ese consumo de Servicios Especializados y que den adecuada respuesta a la demanda formulada, principalmente por las familias.

Surge aquí la tentación de sugerir la creación de Servicios de apoyo o la reconsideración del funcionamiento y utilización de los ya existentes para responder a este tipo de demandas.

Por último, consideramos que sería preciso un estudio de seguimiento a largo plazo que nos permitiese, por una parte, evaluar la utilidad y necesidad del servicio prestado a este grupo de adolescentes y, por otra parte, conocer la evolución de estos adolescentes y averiguar en qué medida esa demanda que los llevó a la consulta tenía consistencia o no de patología psiquiátrica.

CONCLUSIONES

1. La demanda de atención de la población adolescente, en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de nuestra área, determina el 50% de las consultas.
2. La patología psíquica predominante en la población adolescente corresponde a la denominada patología menor.
3. La patología psíquica grave en los adolescentes tiene una prevalencia escasa.
4. Un tercio de los adolescentes consultados reciben un diagnóstico de Códigos V.

5. Este grupo de adolescentes se caracteriza por presentar conflictiva en la escuela, consultar por motivos relacionados con problemas familiares y socioambientales y consultar a demanda de la familia.
6. El consumo de Servicios Especializados que realizan es bajo, pero supone un dato rele-

vante si consideramos la problemática diagnosticada.

7. Existe una necesidad de atención específica de la población adolescente que responda a los problemas que, sin tener consistencia de diagnóstico psiquiátrico, está contribuyendo a su psiquiatrización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ajuriaguerra J de. Manual de Psiquiatría Infantil. 4ª edición. Barcelona: Masson; 1980.
2. Domínguez D, López P, Gómez A. Análisis de las demandas de Salud Mental infanto-juvenil de la población adolescente, durante 20 años. Comunicación presentada a la Workshop Session: Outcome, hospitalization, Services. 10th International Congress of European Society for Child and Adolescent psychiatry-ESCAP. Utrecht 17-20 September, 1980.
3. Fernández Noreno A, Gómez-Ferrer Górriz C, Pereyra Niño A. La enfermedad infanto-juvenil en la región de Murcia. Rev Psiquiatr Infanto-Juv 1991;1:21-39.
4. Goñi Sarries A, Cortaire Tirapu R. Evaluación de la asistencia de la salud mental Infanto-Juvenil en Navarra. Psiquis 1991;XIII 12(7):45-54.
5. Kashani J, Cantwell D, Sherim W, Reid J. Depressive disorder in Children Admitted to and Inpatient Community Mental Health center. Am J Psychiatry 1982;139(5):671-2.
6. Kelleher KJ, Taylor LJ, Rickert VI. Mental Health Services for rural children and adolescents. Clin Psychology Rev 1992;12:841-52.
7. Kestemberg E. La crise de l'adolescence. Rev Fr Psychanal 1980;44(3-4):524-30.
8. Lobowitz D, Handal P. Childhood Depression: prevalence using DSM-III. Criteria and validity of Parents and Child Depression Scales. J Pediatr Psychology 1985;10(1):45-54.
9. Marcelli D, Braconnier A, Ajuriaguerra J de. Crisis y rupturas en la adolescencia. En: Manual de Psicopatología del adolescente. 2ª edición. Barcelona: Masson; 1986. p. 40-57.
10. Mazaira Castro JA, Domínguez Santos MD, Rodríguez López A. Pautas de consumo de alcohol y relación con patología psiquiátrica menor en población adolescente de Galicia. Rev Psiq inf 1993;1:35-42.
11. Morandé Lavín G. Trastornos de la adolescencia. En: Salud Mental. II edición, CAP. 17. Madrid: Idepsa; 1990. p. 183-92.
12. Padierna Acero JA, Jara Segura AB, Manjón Ortega C. Epidemiología psiquiátrica y demanda asistencial en la adolescencia [revisión]. Psiquis 1991;XIII 2(7):34-44.
13. Padierna Acero JA, Jara Segura AB, Manjón Ortega C, Etxeveste Antón A. Demanda de atención Psiquiátrica ambulatoria por los adolescentes y adultos jóvenes en Álava. Psiquis 1991;XIII 12(9):42-52.
14. Realmuto GM, Bernstein GA, Maglthin MA, Pandey RS. Patterns of Utilization of Outpatient Mental Health Services by Children and Adolescents. Hosp Community Psychiatry 1992;43(12):1218-23.
15. Rutter M, Taylor E, Hersov L. Child and adolescent psychiatry. Modern approaches. Capítulo 59. Londres: Blackwell Scientific Publications; 1994. p. 1006-22.
16. Takeuchi DT, Bui KT, Kim L. The referral of Minority Adolescents to Community Mental Health Centers. J Health Soc Behaviour 1993;34:153-64.
17. Weinberg WA, Rutman J, Sullivan L, Penick EC, Deitz SG. Depression in Children referred to and educational diagnostic Center diagnosis and treatment. J Pediatrics 1982;83:1065-72.
18. Widlöcher D. Adolescence normale ou pathologique. Rev Prat 1976;26:2927-40.