

**J.R. Gutiérrez-Casares**  
**F. J. Busto**  
**F. Galán**  
**C. Rangel**  
**M. Silvestre**  
**I. Gálvez**

Unidad de Salud Mental. Hospital Infanta Cristina  
Badajoz

Derivaciones psiquiátricas  
infanto-juveniles a una unidad de  
salud mental (N= 1139). Muestra  
general

*Child and adolescents sent to a  
mental health unit (N= 1139).  
General sample*

**RESUMEN**

Se estudian las variables epidemiológicas generales de una muestra clínica de 1139 niños y adolescentes derivados a una Unidad de Salud Mental. Esta muestra representa el 30,2% del total de los pacientes derivados y se caracteriza por un predominio de los pacientes masculinos y urbanos, una mayor representación para el grupo de edad de siete a nueve años, mantener un flujo constante de derivación a lo largo de todo el año que proviene, principalmente, de los equipos de atención primaria y por qué los grupos diagnósticos más frecuentes son los trastornos por eliminación, códigos V, ausencia de diagnóstico y trastornos por conductas perturbadoras.

**PALABRAS CLAVE**

Derivaciones psiquiátricas; Variables epidemiológicas; Grupos diagnósticos.

**ABSTRACT**

*We study the general epidemiological variables of a clinical sample of 1139 children and adolescents sent to a Mental Health Unit (MHU). Our child and adolescent sample represents 30,2% of the overall psychiatric patients sent.*

*This sample has a male and urban predominance; it has a higher representation of the 7 to 9 old year group; the sample sent from primary health teams to our MHU with a constant flow during the year and the most frequent diagnostic groups are: elimination disorders, V codes, no diagnosis or condition on axis I/II, disruptive behavior disorders and anxiety disorders.*

**KEY WORDS**

*Psychiatric derivations; Epidemiological variables; Diagnostic groups.*

**Tabla 1** Características epidemiológicas generales de la MIJ

	MIJ-Total		MIJ-Masculina		MIJ-Femenina	
Nº pacientes	1139		679 (59,6%)		460 (40,4%)	
Edad (x±DE)	9,5013±3,9403		9,3594±3,8386		9,7109±4,0842	
Intervalo	1:17		1:17		2:17	
Capital/Urbano/Rural	1053/6/80		629/3/47		424/3/33	
Infantil/Juvenil	926/213		566/113		360/100	
Ratio Infantil/Juvenil	4,3		5,0		3,6	
Grupo diagnóstico más frecuente	T Eliminación	24%	T eliminación	26%	T Eliminación	21%
	Códigos V	14	Códigos V	13	Códigos V	16
	Ausencia de diagnóstico	12	Ausencia de diagnóstico	11	Ausencia de diagnóstico	12
	T conductas Pertur	6	T conductas Pertur	8	T por Ansiedad	6
	T por ansiedad	4	Retraso mental	4	T Adaptativos	6

## INTRODUCCIÓN

La epidemiología médica estudia la distribución de una enfermedad o de una condición fisiológica en una población determinada y los factores que la influyen<sup>(9)</sup>. Su aplicación a la patología psiquiátrica infanto-juvenil da respuesta a una gran variedad de cuestiones administrativas o de investigación y, a la vez, sus resultados están condicionados por factores tales como el tamaño de la muestra estudiada, el intervalo de edad, los dispositivos asistenciales, los grupos diagnósticos y el tipo de población estudiada (no-clínica, pediátrica o psiquiátrica).

Así, en muestras no-clínicas se han encontrado cifras de prevalencia de patología psiquiátrica infanto-juvenil entre el 5-12%<sup>(10)</sup>, mientras que en poblaciones pediátricas oscilan entre el 11 y el 22%<sup>(2,3)</sup>, y en poblaciones psiquiátricas de consultorios de neuro-psiquiatría se elevan hasta 17,7% para niños de 6 a 11 años<sup>(5)</sup>.

El propósito de este trabajo es el estudio de las variables epidemiológicas de una amplia muestra clínica de pacientes psiquiátricos infanto-juveniles derivados, por los Equipos de Atención Primaria y otros dispositivos asistenciales, a una Unidad de Salud Mental (USM)

## MATERIAL Y MÉTODO

Se estudian las primeras consultas de la muestra infanto-juvenil (MIJ: edad inferior a 18 años) derivadas

a nuestra USM durante el período de tiempo comprendido entre marzo/86 y enero/93. para ello se tienen en cuenta los datos epidemiológicos relacionados con el sexo, lugar de residencia, fecha de derivación (año y período del año), edad, estado civil (si procede), actividad laboral (si procede), Equipo de Atención Primaria u otros sistemas de derivación, grupo diagnóstico y diagnóstico específico principal (según DSM-III y DSM-III-R).

Nuestra USM recibe pacientes de los Equipos de Atención Primaria ubicados en el Área Urbana de Badajoz-Capital, de médicos especialistas de los distintos Servicios del Hospital Regional Universitario Infanta Cristina y de otros organismos o instituciones públicas

## RESULTADOS

El total de la muestra derivada (adultos + infanto-juveniles) a nuestra USM durante este período de tiempo fue de 3770 pacientes.

De ellos, 1139 (30,2%) eran pacientes menores de 18 años (muestra infanto-juvenil: MIJ): 213 (5,6%) eran mayores de 13 años y menores de 18 (muestra juvenil: MJ) y 926 (24,6%) tenían menos de 14 años (muestra infantil: MI).

El 59,6% (679) de los pacientes eran de sexo masculino y el 40,4% (460) lo eran de sexo femenino (p: 0, p:< 0,001), con una ratio masculino/femenino de 1,48.

Las *características epidemiológicas generales* de la MIJ aparecen reseñadas en la tabla 1.

**Tabla 2 Relación sexo vs lugar de residencia**

	Masculino	Femenino	Total
Badajoz-Capital	629	424	1053
Resto-Provincia	50	36	86
Total	679	460	1139

$\chi^2$ : 0,030796.  
 gl:1.  
 Probabilidad: 0,8607 NS.

La distribución de los pacientes en relación con el sexo y el lugar de residencia no presentaba diferencias estadísticamente significativas (Tabla 2), pero estas diferencias sí eran significativas al estudiar la distribución del sexo dentro de los grupos de edad (infantil y juvenil), con una mayor frecuencia de varones en la submuestra infantil (61%) en relación con la juvenil (53%) ( $p < 0,05$ ) (Tabla 3).

La media de pacientes por año fue de  $162,71 \pm 45,96$   $x \pm DE$ , siendo  $97,00 \pm 26,78$  para el sexo masculino y  $65,71 \pm 22,19$  para el femenino.

La distribución de los pacientes en relación con los períodos del año, en trimestres (Tabla 4), presenta diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ) con un menor número de pacientes en el tercer trimestre (meses de julio, agosto y septiembre). Estas diferencias son significativas cuando se valora la muestra global de pacientes ( $\chi^2$ : 34,9738, gl: 15,  $p$ : 0,0024802,  $p$ :  $< 0,01$ ) y la muestra femenina ( $\chi^2$ : 291891, gl: 15,  $p$ : 0,015206,  $p < 0,01$ ) pero no lo son cuando se estudian los diferentes

**Tabla 3 Relación sexo vs grupo de edad**

	Masculino	Femenino	Total
Juvenil	113	100	213
Infantil	566	360	926
Total	679	460	1139

$\chi^2$ : 4,3566  
 gl: 1  
 Probabilidad: 0,036865 ( $p < 0,05$ )

períodos del año en las submuestras masculina ( $\chi^2$ : 19,8006, gl: 15,  $p$ : 0,17972, NS).

La edad media de la MIJ fue de  $9,5013 \pm 3,9403$  años ( $X \pm DE$ ), siendo  $9,3594 \pm 3,8386$  la edad del grupo masculino y  $9,7109 \pm 4,0842$  la del femenino ( $t$ : 1,4781,  $p$ : 0,13939, NS).

A lo largo de los años puede observarse que, en general, la edad media de la muestra infanto-juvenil aumenta progresivamente, oscilando entre los  $8,91 \pm 3,92$  años de media de 1986 y los  $10,01 \pm 3,99$  años de 1992 (Tabla 5).

El número de pacientes para cada edad aparece reseñado en la tabla 6, en la que se observa un predominio de los pacientes entre siete y nueve años. El cociente M/F se mantiene homogéneo para cada edad y oscila entre el 0,88 de los 16 años y el 2,00 de los 12 años y no encontrándose diferencias significativas en la distribución por el sexo en los distintos grupos de edad (tomados de cinco en cinco años) ( $\chi^2$ : 3,5105,  $p$ : 0,31941, NS).

**Tabla 4. Distribución de pacientes por períodos anuales**

Año	1º Trimestre			2º Trimestre			3º Trimestre			4º Trimestre			Total año		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total									
1986-87	24	19	43	36	22	58	20	20	40	46	25	71	126	86	212
1988	40	23	63	29	19	48	23	7	30	31	14	45	123	63	186
1989	36	25	61	29	16	45	23	12	35	26	16	42	114	69	183
1990	32	28	60	23	15	38	20	4	24	27	14	41	102	61	163
1991	21	19	40	20	18	38	28	25	53	26	15	41	95	77	172
1992	34	27	61	23	34	57	25	21	46	37	22	59	119	104	223
Total	187	141	328	160	124	284	139	89	228	139	106	299	679	460	1139

$\chi^2$  Trimestres v. Total: 34,9738 gl:15  $p$ : 0,0024802  $p < 0,01$   
 $\chi^2$  Trimestres v. Masculino: 19,8006 gl:15  $p$ : 0,17972 NS  
 $\chi^2$  Trimestres v. Femenino: 29,1891 gl:15  $p$ : 0,015206  $p < 0,01$

**Tabla 5** Edades medias en los distintos años

Año	Edad media	Desviación estándar	Error estándar	Intervalo	Número pacientes	
1986	8,9103	3,9252	0,44444	1-17	78	Total
	8,3830	3,7090	0,54114	1-17	47	Masculino
	9,7097	4,1649	0,74803	2-17	31	Femenino
1987	9,0299	3,6459	0,31495	2-17	134	Total
	8,9873	3,6144	0,40665	2-17	79	Masculino
	9,0909	3,7232	0,50203	2-17	55	Femenino
1988	9,3710	4,0063	0,29376	2-17	186	Total
	9,4228	3,9526	0,35639	2-17	123	Masculino
	9,2698	4,1395	0,52153	2-17	63	Femenino
1989	9,1803	3,9565	0,29247	2-17	183	Total
	9,0614	3,7541	0,35161	2-17	114	Masculino
	9,3768	4,2912	0,51660	2-17	69	Femenino
1990	9,8221	4,1065	0,32164	2-17	163	Total
	9,6569	4,0111	0,39716	3-17	102	Masculino
	10,0984	4,2806	0,54807	2-17	61	Femenino
1991	9,6570	3,8027	0,28995	2-17	172	Total
	9,2526	3,7227	0,38707	2-17	95	Masculino
	10,1558	3,8047	0,43358	2-17	77	Femenino
1992	10,0090	3,9898	0,26718	2-17	223	Total
	10,0042	3,8321	0,35128	2-17	119	Masculino
	9,9712	4,1815	0,41003	2-17	104	Femenino

**Tabla 6.** Distribución del sexo en las distintas edades

Edad	Masculino	Femenino	Total	%	M/F
1	1	0	1	0,1	—
2	9	10	19	1,7	0,90
3	19	13	32	2,8	1,46
4	36	24	60	5,3	1,50
5	53	32	85	7,5	1,66
6	57	40	97	8,5	1,43
7	75	38	113	9,9	1,97
8	60	40	100	8,8	1,50
9	63	37	100	8,8	1,70
10	46	32	78	6,8	1,44
11	56	37	93	8,2	1,51
12	52	26	78	6,8	2,00
13	39	31	70	6,1	1,26
14	31	23	54	4,7	1,35
15	28	27	55	4,8	1,04
16	23	26	49	4,3	0,88
17	31	24	55	4,8	1,29

El estado civil de la muestra infanto-juvenil se valoró como "no procedente" salvo en dos pacientes que estaban casado (uno varón y otro hembra) y una paciente que, con 17 años, ya era viuda.

Del total de la muestra, 1085 estaban en edad escolar obligatoria o, por su edad, aún no estaban escolarizados por lo que su actividad laboral se valoró como "no procedentes"; dos eran trabajadores cualificados, 10 eran trabajadores no cualificados, un paciente era ama de casa, 33 estaban estudiando y ocho estaban en el paro (siete de ellos con subsidio de desempleo).

La distribución de los pacientes teniendo en cuenta los *centros de derivación* aparece representada en la tabla 7.

Los *grupos diagnósticos*, siguiendo los encabezamientos generales de la DSM-III-R aparecen representados en la tabla 8.

Los *diagnósticos específicos más frecuente* (aquellos que tenían más de 10 niños/as) aparecen representados en la tabla 9.

## 212 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De los resultados de este trabajo puede derivarse el perfil de la patología infanto-juvenil de nuestra área que requiere atención psiquiátrica especializada. El 30,2% del total de los pacientes enviados desde los distintos dispositivos asistenciales son menores de 18 años y el 24,6% son menores de 14 años. Estos datos son ligeramente superiores a los 17,7% de consultorios de neuropsiquiatría<sup>(9)</sup> y muy superiores a los 2,13% de otras Unidades de Salud Mental<sup>(4)</sup>.

Cada año se deriva una media de  $163 \pm 46$  niños/as, lo que indica una alta incidencia para las derivaciones de psiquiatría infanto-juvenil y justificaría la creación de unidades psiquiátricas infanto-juveniles para la atención de esta patología.

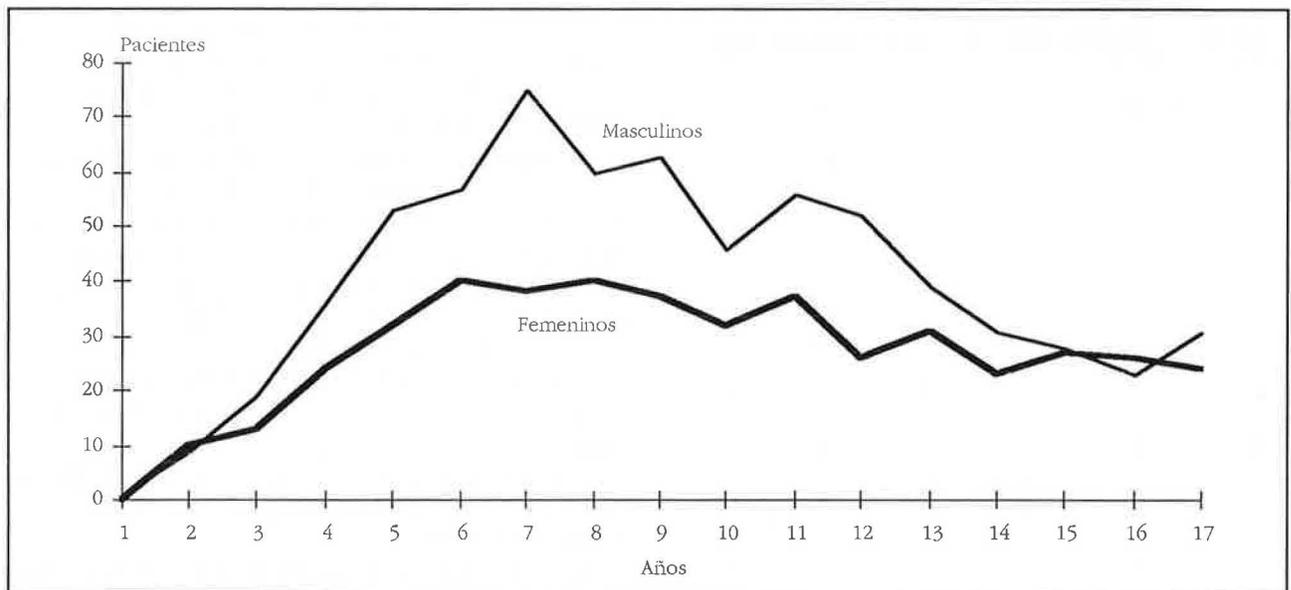
El 59,6% de los pacientes eran del sexo masculino, con una ratio M/F de 1,5, la cual está en consonancia con el predominio de pacientes masculinos, típico de todos los trabajos epidemiológicos infanto-juveniles, tanto en muestras psiquiátricas<sup>(1,6,13)</sup> como en muestras no-clínicas<sup>(10,12)</sup> y que podría estar en relación con un claro predominio de los varones en los grupos diagnósticos como enuresis y déficit de atención o en una mayor sensibilidad por parte de los padres, maestros o médicos para los trastornos psicopatológicos cuando éstos aparecen en el varón.

**Tabla 7** Dispositivos de derivación

Dispositivo	Pacientes	
Equipo Atención Primaria 1	264	Total equipos de Atención Primaria 970 (85,2%)
Equipo Atención Primaria 2	246	
Equipo Atención Primaria 3	158	
Equipo Atención Primaria 4	265	
Equipo Atención Primaria 5	37	
Médicos de cabecera	9	Total otros dispositivos asistenciales 169 (14,8%)
Especialidades	79	
PSQ de Hospital General	10	
Inspección médica	26	
Otros	45	

La distribución por sexo en las distintas edades (Fig. 1) presenta variaciones importantes observándose un claro predominio de los pacientes masculinos en las edades inferiores (ratio infantil M/F: 1,6) que tiende a igualarse e, incluso, invertirse en la adolescencia (ratio juvenil M/F: 1,1) e inicio de la edad adulta lo que coincide con los datos generales de la literatura<sup>(13)</sup>.

La mayor frecuencia de pacientes de Badajoz-capital está condicionada por la estructuración de nuestro dispositivo asistencial y este sesgo podría condicionar algunas de las características diagnósticas



**Figura 1.** Distribución por edades.

**Tabla 8. Frecuencia de los distintos grupos diagnósticos (según DSM-III-R)**

Grupo diagnóstico	Masculino (%)	Femenino (%)	Total %	Intervalo	Edad ± DE
01 Retraso mental	30 (4,4)	15 (3,2)	45 (3,9)	5:17	10,37 ± 3,12
02 T generalizados del desarrollo	4 (0,6)	0 (-)	4 (0,3)		
03 T específicos del desarrollo	20 (2,9)	7 (1,5)	27 (2,4)	1:13	06,03 ± 2,95
04 T por conductas perturbadoras	54 (7,9)	17 (3,7)	71 (6,2)	2:16	08,50 ± 3,21
05 T por ansiedad de la infancia o adolescencia	10 (1,5)	20 (4,3)	30 (2,6)	2:17	09,36 ± 3,39
06 T de la conducta alimentaria	4 (0,6)	21 (4,6)	25 (2,2)	2:15	08,88 ± 3,95
08 T por tics	36 (5,3)	10 (2,2)	46 (4,0)	3:17	11,21 ± 3,76
09 T de la eliminación	174 (25,6)	96 (20,9)	270 (23,7)	4:17	08,45 ± 2,96
10 T habla no clasificados en otro lugar	7 (1,0)	2 (0,4)	9 (0,8)	3:17	13,00 ± 4,63
11 Otros T de la infancia, la niñez o la adolescencia	5 (0,7)	1 (0,2)	6 (0,5)	4:11	08,00 ± 3,22
22 Otros T mentales orgánicos	1 (0,1)	0 (-)	1 (0,1)		
23 T uso sustancias psicoactivas	0 (-)	1 (0,2)	1 (0,1)		
26 T psicóticos no clasificados en otro lugar	0 (-)	1 (0,2)	1 (0,1)		
28 T depresivos	2 (0,3)	4 (0,9)	6 (0,5)	12:17	15,00 ± 1,78
29 T por ansiedad	22 (3,2)	26 (5,6)	48 (4,2)	4:17	12,39 ± 3,75
30 T somatoformes	3 (0,4)	4 (0,8)	7 (0,6)	10:17	13,28 ± 3,03
30 T disociativos	2 (0,3)	0 (-)	2 (0,2)		
33 Disfunciones sexuales	2 (0,3)	0 (-)	2 (0,2)		
34 Disomnias	4 (0,6)	3 (0,6)	7 (0,6)	4:13	08,42 ± 3,40
35 Parasomnias	20 (2,9)	13 (2,8)	33 (2,9)	4:17	09,30 ± 3,03
36 T facticios	0 (-)	1 (0,2)	1 (0,1)		
37 T control de los impulsos no clasificados en otros apartados	3 (0,4)	2 (0,4)	5 (0,4)	3:12	07,40 ± 4,03
38 T adaptativos	22 (3,2)	26 (5,6)	48 (4,2)	3:17	09,79 ± 4,32
39 T psicológicos que afectan al estado físico	22 (3,2)	16 (3,5)	38 (3,3)	5:17	11,34 ± 3,24
40 T de la personalidad	1 (0,1)	0 (-)	1 (0,1)		
41 Códigos V	86 (12,6)	74 (16,1)	160 (14,0)	2:17	10,01 ± 3,95
50 Ausencia de diagnóstico	78 (11,5)	57 (12,4)	135 (11,8)	2:17	08,51 ± 4,29
51 Diagnóstico aplazado	16 (2,3)	7 (1,5)	23 (2,0)	3:17	11,73 ± 4,38
00 Entrevista inicial	51 (7,5)	36 (7,8)	87 (7,6)	2:17	09,79 ± 4,38

de la muestra ya que numerosos trabajos han encontrado mayores frecuencias globales de patología psiquiátrica en pacientes urbano que en rurales<sup>(10)</sup> y que en nuestro caso, podrían estar relacionadas con la cercanía de los dispositivos asistenciales, la existencia de reuniones periódicas de coordinación con los EAP y la incorporación de la figura del psicólogo a consultas que con anterioridad eran exclusivamente médicas.

Estos determinantes geográficos y sociales podrían justificar las diferencias entre las muestras de predominio urbano y rural y la diferente distribución de los distintos grupos diagnósticos ya que éstos podrían estar condicionados por el hecho de que en

el medio rural sólo se deriven los pacientes con patologías más graves, menos influenciadas por variables socio-ambientales o emocionales (trastornos psiquiátricos asociados a enfermedades médicas, trastornos por déficit de atención con hiperactividad graves) y no se deriven pacientes con patologías menores (códigos V, ausencia de diagnóstico y trastornos esfinterianos) y no se encuentren los predomios de edad y sexo típicos de las muestras infanto-juveniles generales<sup>(7)</sup>.

La presencia de una disminución de pacientes en el tercer trimestre del año y particularmente durante los meses de julio y agosto, podría ser debido a la coincidencia con las vacaciones estivales, ya que

**Tabla 9 Diagnósticos específicos más frecuentes**

<i>Diagnóstico</i>	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>Total</i>	<i>Ratio M/F</i>
Enuresis funcional	157	90	247	1,7
Ausencia de diagnóstico en el eje I/II	78	57	135	1,4
Entrevista inicial	51	36	87	1,4
Problemas académicos	30	24	54	1,2
Factores psicológicos que afectan al estado físico	22	16	38	1,4
Simulación	19	17	36	1,1
T conducta desafiante	22	8	30	2,8
Terros nocturnos/sonambulismo	16	12	28	1,3
Retraso mental leve	18	9	27	2,0
Otras circunstancias familiares específicas	12	14	26	0,8
Trastorno déficit atención-hiperactividad	17	7	24	2,4
Encopresis funcional	17	6	23	2,8
Diagnóstico aplazado en el eje I/II	16	7	23	2,3
Tics transitorio	14	6	20	2,3
Tics motores o verbales crónicos	17	2	19	8,5
Capacidad intelectual límite	12	7	19	1,7
T conducta alimentaria no especificado	3	15	18	0,2
Problemas biográficos u otras circunstancias de la vida	8	7	15	1,1
T ansiedad excesiva	4	11	15	0,3
T adaptativos con alteración conducta	12	1	13	12,0
T ansiedad no especificado	6	7	13	0,9
Fobia simple	6	5	11	1,2
T específico del desarrollo de la lectura	7	4	11	1,7
T adaptativos con síntomas emocionales mixtos	2	9	11	0,2
T angustia de separación	5	5	10	1,0

estas mismas variaciones se observan en la muestra de pacientes adultos y podrían estar en relación con el hecho de que durante el período vacacional de los miembros del equipo no hay sustitutos. En un estudio mas profundo del flujo de pacientes recibidos hemos observado que el número de "solicitudes" de consulta durante este trimestre es igual al de otros trimestres, si bien al no poder ser atendidos en ese momento, se "acumulan" para ser vistos en el siguiente e "inflar" de esta manera el número de niños/as que se ven en el mes de septiembre o en el último trimestre del año.

El grupo de edad más frecuente fue el comprendido entre siete y nueve años, no diferenciándose este predominio de los encontrados en otros trabajos<sup>(1, 6)</sup>. El cociente M/F se mantiene homogéneo y con un predominio de los varones para cada edad, aunque presenta ligeras oscilaciones entre el 0,8 de los 16 años y el 2,00 de los 12 años.

La presencia de un aumento progresivo de la edad media en las derivaciones de cada año es un dato curioso que, en la actualidad, no podemos valorar

adecuadamente, aunque podría relacionarse con una disminución del número de niños en el grupo de edades inferiores.

El mayor porcentaje de pacientes está derivado por equipos de Atención Primaria (85%) y entre ellos no se observaron diferencias significativas una vez corregidos los valores en relación con el tiempo de funcionamiento de cada equipo.

Debido a la necesidad de acudir previamente a dispositivos de atención primaria o a otros dispositivos asistenciales, no se ha podido valorar adecuadamente la influencia de la familia en la derivación, aunque sí podrían atribuirse a la influencia familiar el hecho de que 87 pacientes no acudieron a la entrevista clínico-diagnóstica una vez realizada la petición de cita y el registro epidemiológico inicial.

Es llamativo el alto número de niños/as sin patología psiquiátrica estructurada que fueron derivados para valoración de síntomas o problemas, diagnosticados como factores no atribuibles a trastornos mentales y que merecen atención y tratamiento (códigos V), como ausencia de diagnóstico. Estos dos grupos, junto con los

que no acudieron a la entrevista diagnóstica, representan el 33,4% del total de la muestra; porcentaje muy similar al encontrado por otros autores<sup>(13)</sup>.

El grupo diagnóstico más frecuente fue el de los trastornos de la eliminación (23,7%), seguido de los trastornos por conductas perturbadoras, trastornos por ansiedad, trastornos adaptativos y trastornos por tics. Si bien los grupos diagnósticos más frecuentes coinciden con los habituales en este tipo de estudios, se observan importantes diferencias en la distribución porcentual al compararlos con otras muestras<sup>(1, 4, 6 11)</sup>.

Tanto en el subgrupo masculino como en el femenino predominan los diagnósticos de trastornos de la eliminación, códigos V y ausencia de diagnóstico; seguidos de los trastornos por conductas perturbadoras y de los retrasos mentales, en el grupo masculino, y de trastornos por ansiedad y trastornos adaptativos en el femenino.

Con relación a la edad media de los distintos grupos diagnósticos podemos ver que es el de los trastornos depresivos el que presenta una edad mayor, seguido de los trastornos somatoformes, los trastornos del

habla no clasificados en otro lugar y los trastornos por ansiedad. Los grupos de menor edad fueron los trastornos específicos del desarrollo, los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otro lugar y el de otros trastornos de la infancia, niñez o la adolescencia.

Los diagnósticos específicos más frecuentes fueron enuresis funcional, ausencia de diagnóstico en eje I/II problemas académicos, factores psicológicos que afectan al estado físico, simulación y trastornos de conducta desafiantes. Si bien estos datos coinciden con los generales en muestras psiquiátricas infanto-juveniles son muy diferentes de los encontrados en muestras de consultas de psiquiatría general de predominio rural y sin psicólogos asociados a ellas<sup>(7)</sup>.

En la mayoría de los diagnósticos específicos se objetivaba un predominio de varones siendo el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (ratio M/F= 0,2), trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos, trastorno por ansiedad excesiva, otras circunstancias familiares específicas y el trastorno de ansiedad no especificado los únicos diagnósticos en los que había un predominio de niñas.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Anegón Medinabeitia R, Pascual García A, Rivases Aunes A, Lozano Soriano I. Estudio epidemiológico en un centro de salud mental infanto-juvenil de nueva creación. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1993;1:11-15.
- 2 Costello EJ, Costello AJ, Edelbrock C, Burns BJ, Dulcan MK, Brent D, Janiszewski S. Psychiatry disorders in pediatric primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1107-1116.
- 3 Costello EJ. Child psychiatric disorders and their correlates: A primary care pediatric sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:851-855.
- 4 Dorado García R, Caravaca Bustos A, García López O. Análisis de la demanda asistencial en un E.C.S.M. *Libro de Actas de la XV Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*. Córdoba 1990:501-503.
- 5 Espín Jaime FM. Demanda asistencial infantil en un consultorio de neuropsiquiatría. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1992;4:228-233.
- 6 Fernández Moreno A, Gómez-Ferrer Gorriz C, Pereyra Niño A. La enfermedad mental infanto-juvenil en la región de Murcia. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1991;1:27-39.
- 7 Gutiérrez JR, Silvestre M, Alcaina T, Busto J. La patología psiquiátrica infanto-juvenil en la consulta de psiquiatría general. I: Epidemiología general, y II: Diferencias por edad. Trabajos presentados en el I Congreso sobre Atención Primaria en el Escolar y Adolescente. Zaragoza, 1991.
- 8 Gutiérrez-Casares JR, Busto J, González A, Elvira L, Rangel C, Calderón P. Epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders in a Spanish mental health unit (N= 926). *VI Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology*. Lisboa, April 14-17, 1993.
- 9 Lilienfeld AM. *Foundation of epidemiology*. New York, Oxford University Press, 1976.
- 10 Offord DR, Fleming JE. Epidemiology. En: Lewis M, ed. *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1991:1156-1168.
- 11 Romero Garcés VJ, Bara García E, Arilla Aguilera A, González Uriarte A. Epidemiología en psiquiatría infanto-juvenil en Huesca. *Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1992;3:158-161.
- 12 Rutter M, Cox A, Tupling C, Berger M, Yale W. Attainment and adjustment in two geographical areas. I: The prevalence of psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 1975;126:493-509.
- 13 Velilla Picazo JM, Bonals Pi A, Miravete Fuertes P, Anegón Medinabeitia R. Aspectos epidemiológicos en psiquiatría infanto-juvenil. Actas del XV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Jaca 1983:202-213.