

Lucía Varela Reboiras, Antía Diéguez Quinteiros,  
Julio Brenlla González, José Alfredo Mazaira Castro  
y María Dolores Domínguez Santos

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de  
Compostela

**Correspondencia:**

Lucía Varela Reboiras.  
Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario  
Universitario de Santiago de Compostela. Travesía de  
Choupana s/n. 15706. Santiago de Compostela.  
Email: lu-manselle@hotmail.com

*Análisis comparativo entre los  
sujetos que acuden y no acuden  
a una Unidad de Salud Mental  
de Adultos diagnosticados  
previamente de códigos Z en la  
Unidad de Salud Mental de la  
Infancia y la Adolescencia del  
área de Santiago de Compostela*

*Comparative analysis between  
subjects who come and do not  
come to an Adult Mental Health  
Unit previously diagnosed of Z  
codes in Child and Adolescent  
Mental Health Unit of area of  
Santiago de Compostela*

---

**RESUMEN**

**Introducción:** Ha aumentado la demanda asistencial en los Servicios de Salud Mental, debiéndose, en gran parte, a lo que se denominan códigos Z (CIE-10) (1).

**Objetivos:** 1. Determinar perfiles de sujetos, previamente diagnosticados de códigos Z en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (USMIA) que acuden a la Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA) y que no, en relación a variables socio-demográficas y clínico-evolutivas. 2. Estudiar los cambios diagnósticos más frecuentes en estos sujetos que acuden a USMA.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo comparativo en el que se seleccionaron al azar 91 pacientes diagnosticados de códigos Z en USMIA de Santiago de Compostela (2000-2012). Se cruzan estadísticos descriptivos de la edad cronológica actual (promedio: 21,38 años) con las variables sexo y asistencia a USMA,

utilizando la T-Student; el resto de variables socio-demográficas y clínico-evolutivas se cruzan con las variables anteriores, empleando el Chi-cuadrado (IBM SPSS Statistics 21).

**Conclusiones:** El 12,5% de los niños diagnosticados con códigos Z en USMIA son atendidos posteriormente en USMA; de los cuales, un 12% mantiene el código Z y un 50% son diagnosticados de Trastornos de personalidad y de comportamiento en el adulto y Trastornos neuróticos, secundarios a factores estresantes y somatomorfos.

**Palabras clave:** salud mental; códigos Z; evolución clínica; trastornos de personalidad; trastornos neuróticos.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Has the demand for care in Mental Health Units, being due, in large part, to what are called Z codes (ICD-10) (1).

**Objectives:** 1. To determine profiles of subjects previously diagnosed Z codes in Child and Adolescent Mental Health Unit (CAMHU), who come to the Adults Mental Health Unit (AMHU) and not in relation to variables socio-demographic and clinical-evolutionary. 2. Study the most common diagnoses changes in these subjects attending in AMHU.

**Material and Methods:** Descriptive comparative study in which randomly selected 91 patients diagnosed with Z codes in CAMHU of Santiago de Compostela (2000-2012). Descriptive statistics of the current cross chronological age (mean: 21.38 years) with the sex and assistance to AMHU, using T-Student; other socio-demographic and clinical variables evolutionary intersect with the above variables using the Chi-squared (IBM SPSS Statistics 21).

**Conclusions:** 12.5% of children diagnosed with Z codes in CAMHU are then treated at AMHU; of which 12% remains the Z code and 50% are diagnosed with Personality and behavioral disorders in adult and Neurotic, secondary to stressors and somatoform disorders.

**Keywords:** mental health; Z codes; clinical course; personality disorders; neurotic disorders.

## INTRODUCCIÓN

Desde hace ya algunos años se ha puesto de manifiesto el aumento en la demanda asistencial en los Servicios de Salud Mental (2,3,4,5). Gran parte de este incremento se debe a diferentes problemas que podrían catalogarse de malestares o sentimientos derivados de los avatares de la vida cotidiana y que no llegan a constituir un trastorno mental (2,6). Las clasificaciones nosográficas actuales los denominan códigos Z (2).

La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (1) emplea un código alfanumérico compuesto por una letra en la primera posición seguida por varios dígitos separados por un punto entre el tercer y cuarto carácter (7). Los códigos pueden abarcar del A00.0 al Z99.9 (7). Así mismo, contiene 21 capítulos centrales, correspondiéndose el cinco (V) a los Trastornos Mentales y del Comportamiento y, el veintiuno (XXI) a los Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud, lugar, este último, donde podemos encontrar los llamados códigos Z (Z00-Z99) (1). Dichos códigos se corresponderían con los factores contextuales, que forman parte del esquema

multiaxial de la CIE-10, correspondiéndose con el tercer eje, que tratan de describir el ambiente en el que emerge la enfermedad en término de dominios ecológicos (7). Se incluyen problemas relacionados con la familia o grupo primario de apoyo, ambiente social general, educación, empleo, vivienda y economía, asuntos legales, historia familiar de enfermedad y estilo de vida personal (7). En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), en su más reciente revisión, DSM-5, también se incluyen en un capítulo aparte, denominado Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica y también se presentan con sus correspondientes códigos (8).

Para explicar el fenómeno del aumento de la demanda de tratamiento del malestar en los servicios de salud mental se pueden utilizar argumentos de distinta índole (2). De un lado, aquellos más positivistas consideran que es el resultado de un progreso de la ciencia en cuanto a detección e intervenciones precoces de la misma manera que la ha sucedido a otras especialidades clínicas (2). Y por otro lado, están los que entienden este aumento de la demanda como parte de un proceso de medicalización común a todas las especialidades médicas, mediante el cual aspectos del sufrimiento humano son resignificados como enfermedades (2,9).

Desde la década de los 80 y 90 han aparecido varios estudios que describen un cambio en la población que consultaba en los centros de salud mental (2,10,11,12,13,14) con un incremento en la asistencia a pacientes leves que limitaba la atención a los pacientes mentales más graves (2,15,16,17,18,19,20). Además, desde la administración y los propios médicos, se ha planteado si es viable económicamente y apropiado continuar con una atención similar para este tipo de pacientes con los recursos disponibles (2,14,15,21,22). Son pocos los estudios que evalúan las características de la población sin trastorno mental diagnosticable y que determinan las características diferenciales de estos pacientes con los diagnosticados de trastorno mental (2).

Hay muy pocos estudios sobre la evolución clínica de los códigos Z y en nuestra área sanitaria no hemos encontrado ningún trabajo sobre el tema, que sería importante para conocer mejor el impacto asistencial de la atención a esta población y si su discriminación más nítida permite un mejor aprovechamiento de los recursos.

*Los objetivos de este estudio son:*

Determinar perfiles de sujetos que acuden a USMA

Lucía Varela Reboiras, Antía Diéguez Quinteiros, Julio Brenlla González, José Alfredo Mazaira Castro y María Dolores Domínguez Santos

*Análisis comparativo entre los sujetos que acuden y no acuden a una Unidad de Salud Mental de Adultos diagnosticados previamente de códigos Z en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del área de Santiago de Compostela*

y que no, en relación a variables socio-demográficas y clínico-evolutivas.

Estudiar los cambios diagnósticos más frecuentes en los sujetos que acuden a la USMA.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo comparativo, formado por una muestra inicial de pacientes diagnosticados de códigos Z (586) en la USMIA de Santiago de Compostela entre los años 2000 y 2012, que posteriormente se dividen en 2 grupos: pacientes que acuden a la USMA y que no, siendo los primeros el grupo de investigación y los segundos el grupo control, para comparar su perfil clínico y socio-demográfico y determinar su evolución. Finalmente se seleccionó una muestra al azar, constituyéndola 91 pacientes diagnosticados de códigos Z, siendo representativa para edad y sexo de la totalidad de pacientes vistos en ese periodo, utilizando la fórmula de tamaño muestral (23) para la población general. Se elaboró un protocolo configurado por indicadores socio-demográficos (edad actual, sexo, estado civil actual, estudios actuales, profesión, actividad laboral y defunción) y clínico-evolutivos (evolución, abandono,

de este estudio, María Dolores Domínguez Santos, que trabaja en la USMIA de Santiago de Compostela, y la recogida de datos se realizó a través de los programas informáticos del Servicio Gallego de Salud: Sisamb, Clínica e Ianus, manteniendo la confidencialidad de los datos de los sujetos en todo momento. Se utilizaron como estadísticos descriptivos media aritmética, desviación típica, error de la media e intervalo de la edad cronológica actual (promedio: 21,38 años), cruzándose con las variables sexo y atención en USMA, categorizada como si o no, utilizándose como estadístico de significación la T-Student, el resto de las variables socio-demográficas y clínico-evolutivas (cualitativas) se cruzaron con las variables anteriores (sexo y atención en USMA), empleándose como estadístico de significación el Chi-cuadrado (datos tratados con el programa IBM SPSS Statistics 21).

## RESULTADOS

De los 91 pacientes que forman la muestra al azar, 64 tienen  $\geq 16$  años en el momento actual; es decir, un 70% de los pacientes estudiados en este trabajo tienen una edad de  $\geq 16$  años frente a un 30% que no la tienen.

El promedio de la edad actual de la muestra es de 21,38 años, siendo en los hombres de  $20 \pm 2$  años y en las mujeres de  $22 \pm 2$  años, para un nivel de confianza del 95%. La gente dada de alta, por edad, en la USMIA presenta un promedio de  $22,11 \pm 0,6$  años, siendo la edad de los que consultan en la USMA menor que la de los que no van ( $21,30$  vs  $22,21$  años), no siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

El 12,5% de la población atendida en la USMIA y diagnosticada de códigos Z, ha sido vista posteriormente en la USMA. Se aprecia un mayor porcentaje de mujeres en los sujetos que acuden a la USMA frente a los que no acuden (63% vs 43%, respectivamente) (Gráfico 1), mientras que en los hombres el 57% no acuden frente al 37% que si acuden, aunque no es estadísticamente significativo.

El tiempo medio en acudir a la USMA es de 1107,50 días, tardando más en acudir los hombres (1603,33 días) que las mujeres (810 días). El intervalo de tiempo oscila entre 30 y 3040 días en los hombres y entre 30 y 1770

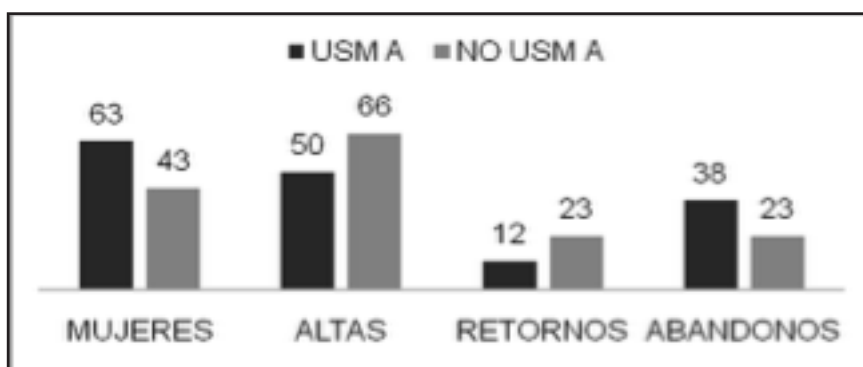


Gráfico 1. Sexo y evolución en la USMIA de los sujetos que acuden y no acuden a la USMA.

retorno en USMIA, código Z y tipo de este, tratamiento en USMIA, antecedentes personales psiquiátricos, antecedentes familiares psiquiátricos, antecedentes somáticos relevantes, atención en USMA, latencia USMA, evolución en USMA, revisiones en USMA, diagnóstico psiquiátrico, tratamiento psiquiátrico y tipo de este, tabaco, alcohol, otras drogas, hospitalización psiquiátrica, urgencia psiquiátrica, continuidad de código Z, tipo de código Z). Como fuente de información se utilizó la base de datos elaborada por una de las autoras

días en las mujeres. Las diferencias de tiempo entre hombres y mujeres no son estadísticamente significativas tras la T-Student realizada.

La mayoría de los pacientes (75%) diagnosticados de códigos Z no abandonan la USMIA. Sin ser estadísticamente significativo hay un 38% de abandonos en la USMIA frente a un 23% de los que no van a la USMA. Los sujetos que acuden a la USMA presentan menos retornos que los que no acuden (12% vs 23%, respectivamente) e, igualmente, son dados menos de alta que los que no acuden (50% vs 66%) (Gráfico 1). Ninguno de los sujetos que van a la USMA continuó su seguimiento en la USMIA.

De los sujetos que acuden a la USMA un 37% tienen antecedentes personales psiquiátricos en la edad infantil frente a un 25% de los que no acuden (Gráfico 2).

Un 63% de los sujetos que acuden a la USMA tienen antecedentes familiares psiquiátricos en la edad infantil frente a un 39% de los que no van (Gráfico 2).

Los códigos Z más frecuentes en la edad infanto-juvenil de los sujetos que actualmente acuden a USMA son, en primer lugar, Problemas de ajuste a las transiciones de los ciclos vitales (Z60.0), seguido de, Supervisión y control inadecuados por parte de los padres (Z62.0) y, en tercer lugar, Hechos conducentes a la pérdida de la autoestima en la niñez (Z61.3), sin ser estadísticamente significativos. El perfil de códigos Z es similar, pero más disperso en los que no van que los que si van a la USMA. En los que no van a la USMA se concentran en casi todos los códigos Z, aunque coinciden las mayores tasas con los de que si van; se aprecian tasas menores en los que no van a la USMA (37% Z60.0, 25% Z62.0).

Los sujetos que posteriormente acuden a la USMA recibieron psicoterapia en la USMIA y los que no acuden, orientación.

En la mayoría de los sujetos del estudio no constan en Ianus su estado civil, nivel de estudios ni profesión actuales.

Un 82,1% de los sujetos que no acuden a la USMA constan en activo en Ianus frente al 50% de los que van y hay un 37,5% de sujetos pensionistas entre los que van a la USMA frente al 5,4% de los que no van, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado de Pearson ,032).

El 50% de los sujetos que van a la USMA reciben

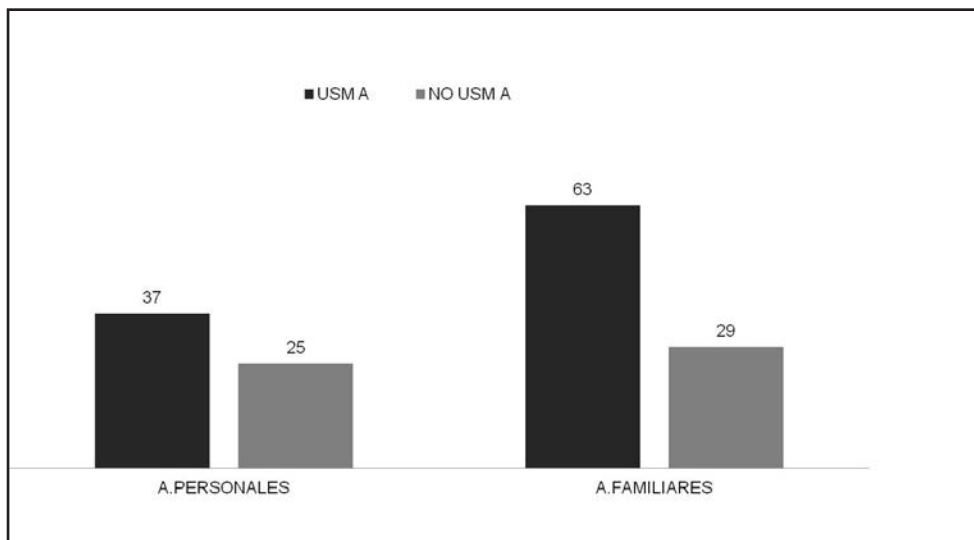


Gráfico 2. Antecedentes personales y familiares psiquiátricos de los sujetos que acuden y no acuden a la

atención psicológica, un 25%, psiquiátrica y el otro 25%, ambas, frente al 83,9% de los sujetos que no van a la USMA que no reciben ningún tipo de atención, aunque un 8,9% la necesita de su médico de atención primaria y aún hay un 7,1% que sigue recibiendo atención psiquiátrica en la USMIA, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado de Pearson ,000).

La mayoría (62,5%) de los sujetos que van a la USMA abandonan su seguimiento, mientras que un 25% reciben el alta y el 12,5% restante continúa en ella, siendo estas diferencias significativas frente a los que no van a la USMA (Chi-cuadrado de Pearson ,000).

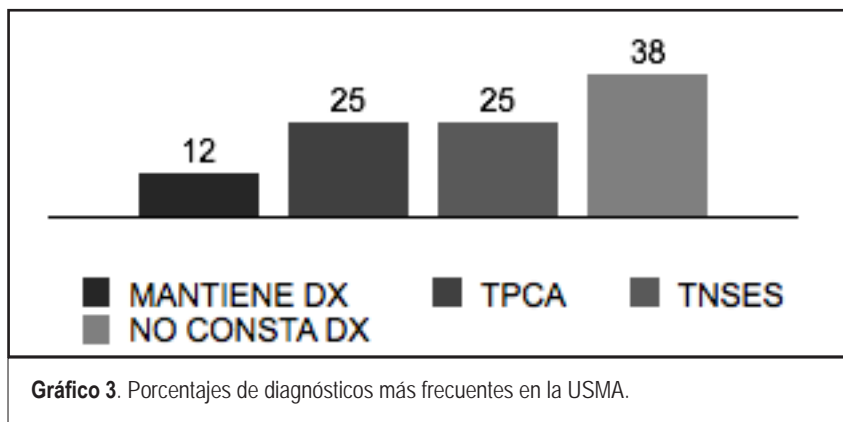
La mayoría (88%) de los pacientes que acuden a la USMA son vistos en más de una ocasión y un 63% tienen al menos 4 revisiones. En los sujetos que acuden a la USMA hay una media de 9,88 revisiones, siendo este

Lucía Varela Reboiras, Antía Diéguez Quinteiros, Julio Brenlla González, José Alfredo Mazaira Castro y María Dolores Domínguez Santos

Análisis comparativo entre los sujetos que acuden y no acuden a una Unidad de Salud Mental de Adultos diagnosticados previamente de códigos Z en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del área de Santiago de Compostela

valor estadísticamente significativo ( $F 49,377$ ,  $p ,000$ ).

En la mayoría de los sujetos no se muestra continuidad de los códigos Z, habiendo un 3,3% que si los mantienen, tanto que acuden a USMA como no. Hay un 1,1% de sujetos que son atendidos en la USMA por Desaparición



o muerte de un miembro de la familia (Z63.4).

Un 85,7% de los sujetos que no van a la USMA no tienen ningún diagnóstico psiquiátrico. De los sujetos que van a la USMA un 12% mantienen el diagnóstico (DX) de código Z, un 25% reciben un cambio de diagnóstico a Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (TPCA) y otro 25% a Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (TNSES), aunque en la mayoría de los que van, un 38%, no consta su diagnóstico (DX) en la historia clínica electrónica (Ianus), siendo estos resultados estadísticamente significativos (Chi-cuadrado de Pearson ,000) (Gráfico 3).

Un 37,5% de los sujetos que acuden a la USMA reciben tratamiento psicofarmacológico frente al 10,7% de los que no van, aunque la mayoría no lo reciben, tanto de los que no van como de los que van (89,3% frente al 62,5%), resultados estadísticamente significativos (Chi-cuadrado de Pearson ,041). De los sujetos que van a la USMA, un 12,5% reciben tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos, otro 12,5% con antipsicóticos y antidepresivos y otro 12,5% con los anteriores además de benzodiazepinas y antiepilépticos; de los sujetos que no van a la USMA, un 3,6% reciben tratamiento con benzodiazepinas, otro 3,6% con las anteriores y antidepresivos y un 1,8% con antipsicóticos y antiepilépticos; siendo estas diferencias estadísticamente

significativas (Chi-cuadrado de Pearson ,002).

Respecto al uso de tabaco, en la mayoría de sujetos no consta, fumando un 16,1% de los que no van a la USMA y un 12,5% de los que van, no siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Tampoco consta el uso de alcohol en la mayoría de sujetos, pero se recoge que hay un 2,2% que lo consume y no va a la USMA, diferencia estadísticamente significativa (Chi-cuadrado de Pearson ,000).

Respecto al uso de otras drogas se repite la misma tendencia, en la mayoría no consta su consumo y hay un 2,2% que las toma y no acude a la USMA, diferencia estadísticamente significativa (Chi-cuadrado de Pearson de ,000).

Un 12,5% de los sujetos que van a la USMA presentaron un ingreso en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, aunque la mayoría, tanto de los que van como de los que no, no la presentaron (un 87,5% frente a un 98,2%, respectivamente), siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado de Pearson de ,027).

Un 12,5% de los sujetos que van a la USMA acudieron a Urgencias de Psiquiatría frente a un 3,6% de los que no van, aunque en la mayoría de los casos no consta si necesitaron esta atención en Urgencias.

El total de los sujetos que acuden a la USMA no tienen antecedentes somáticos relevantes frente al 87,5% de los que no van, no siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Consta una muerte entre los sujetos del estudio y está dentro del grupo que no acudió a la USMA.

## DISCUSIÓN

El perfil de los sujetos que van a la USMA es: mujer, menos altas, más abandonos y menos retornos en USMIA y más antecedentes personales y familiares psiquiátricos.

El perfil de los sujetos que no van a la USMA es: hombre, más altas, menos abandonos y más retornos en USMIA y menos antecedentes personales y familiares psiquiátricos.

Aunque los perfiles en relación al género son similares en la población que acude y no acude a la USMA, se aprecia un mayor porcentaje de mujeres en la población

que acude a la USMA frente a la que no acude, es decir, hay una tendencia a que acudan más mujeres que hombres, que también es la tendencia general en la USMA.

Se podría decir que los sujetos que no van a la USMA están más en contacto con la USMIA, tienen menos altas y presenta menos abandonos voluntarios, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa.

Se puede considerar que los antecedentes personales y familiares psiquiátricos son indicadores de cronicidad y que existe un perfil más patológico en los pacientes que llegan a la USMA.

Los códigos Z más frecuentes en edad infanto-juvenil de sujetos que actualmente acuden a USMA se concentran en dos: Problemas de ajuste a las transiciones de los ciclos vitales (Z60.0) y Supervisión y control inadecuados por parte de los padres (Z62.0), mientras que en los que no van se dispersan en todos los códigos Z.

De los sujetos diagnosticados de códigos Z en la edad infanto-juvenil, un 25% reciben en la edad adulta el diagnóstico de Trastornos de personalidad y de comportamiento en el adulto y otro 25% el de Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, es decir, en un 50% hay un cambio de diagnóstico, aunque hay un 38% que no recibe ningún diagnóstico; sólo se mantiene el código Z en un 12% de la muestra estudiada.

Nosotros no encontramos ningún trabajo previo que estudiara la evolución clínica de los códigos Z. Sí encontramos un trabajo, de Lozano et al, que analizaba las diferencias entre las variables socio-demográficas, asistenciales y clínicas de los pacientes diagnosticados de código Z y de trastorno mental, pero se basaba en sujetos adultos, que también acudían a una USMA en la Comunidad de Madrid. En dicho trabajo se llega a la conclusión de que parece que los pacientes diagnosticados de trastorno mental son más vulnerables que los diagnosticados de código Z, siendo las diferencias socio-demográficas entre ambas poblaciones muy discretas, habiendo más antecedentes psiquiátricos entre los pacientes diagnosticados de trastorno mental, teniendo estos más tratamiento psicofarmacológico pautado y siendo dados de alta en menos ocasiones que los códigos Z.

Con los resultados de nuestro estudio no sabemos si los códigos Z estarán indicando indicios de patología que no somos quienes de detectar en la infancia y adolescencia y si requerirían de una intervención terapéutico-preventiva

más incisiva.

Conocer la evolución clínica de los códigos Z nos ayudaría a saber qué porcentaje de estos pacientes serán atendidos en una USMA por un trastorno mental y cuál no.

Respecto a las dificultades y limitaciones del estudio, mencionar que sólo se centra en los pacientes que llegan a ir a una USMA, pudiendo haber un grupo de pacientes que vayan al ámbito privado y que se escapen de este estudio; además de que todavía hay un tercio de los sujetos atendidos en la USMIA por códigos Z que aún no tienen  $\geq 16$  años. Nuestra gran fortaleza es el tamaño muestral del que disponemos.

## CONCLUSIONES

El 12,5% de los niños diagnosticados con códigos Z en la USMIA son atendidos posteriormente en la USMA.

Solo un 12% de sujetos mantiene el diagnóstico de código Z cuando es atendido en la USMA.

Un 50% de los sujetos que acuden a la USMA son diagnosticados de Trastornos de personalidad y comportamiento en el adulto y de Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.
2. Lozano C, Ortiz A, González R. Análisis comparativo de los pacientes con y sin trastorno mental diagnosticable. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2011; 31 (111): 421-435.
3. Retolaza A. ¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio. Norte de Salud Mental. 2004; 19: 49-57.
4. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Ofson M, Pincus HA, Walters EE, Wang MP, Wells KB, Zaslavsky AM. Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003. N Engl J Med. 2005; 352 (24): 2515-23.
5. Angst J, Gamma A, Neuenschwander M, Ajdacic-Gross V, Eich D, Rossler W, Merikangas KR. Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. Epidemiol Psychiatr Soc. 2005; 14 (2): 68-75.
6. Ortiz-Lobo A, García-Moratalla B, Lozano-

- Serrano C, De la Mata-Ruiz I, Rodríguez-Salvanés F. Conditions that do not reach the threshold for mental disorder in Spanish psychiatric outpatients: prevalence, treatment and management. *Int J Soc Psychiatry*. 2011; 57 (5): 471-9.
7. Mezzich JE, Zapata MI, Schwartz K. La nueva clasificación internacional de enfermedades y el diagnóstico multiaxial en medicina general. *Rev Med Hered*. 1995; 6 (4): 187-192.
  8. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
  9. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Ges Clínica y Sanitaria*. 2003; 5 (2): 47-53.
  10. Langsley DG. The community mental health centre: does it treat patients? *Hosp Community Psychiatry*. 1980; 31: 815-819.
  11. Winslow WW. Changing trends in CMHCs: Key to survival in the eighties. *Hosp Community Psychiatry*. 1982; 33: 273-277.
  12. Goldman HH, Regier DA, Taube CA, Redick RW, Bass RD. Community mental health centers and the treatment of severe mental disorders. *Am J Psychiatry*. 1980; 137 (1): 83-86.
  13. Jerrel JM, Larsen JK. Community mental health services in transition: who is benefiting? *Am J Orthopsychiatry*. 1986; 56: 78-88.
  14. Klerman Gl. Trends in utilization of mental health services: perspectives for health services research. *Medical Care*. 1985; 23: 584-597.
  15. Dowell DA, Ciarlo JA. Overview of the community mental health centres program from an evaluation perspective. *Community Ment Health J*. 1983; 19: 95-125.
  16. Okin RL. How Community mental health centers are coping. *Hosp Community Psychiatry*. 1984; 35: 1118-1125.
  17. Windle C, Thompson JW, Goldman HH, Naierman N. Treatment of patients with no diagnosable mental disorders in CHMCs. *Hosp Community Psychiatry*. 1988; 39: 753-758.
  18. De Figueiredo JM, Boerstler H, O'Connell L. Conditions not attributable to a mental disorder: an epidemiologic study of family problems. *Am J Psychiatry*. 1991; 148: 780-783.
  19. Mazzoli M. Conditions not attributable to a mental disorder. *Am J Psychiatry*. 1992; 149 (3): 423.
  20. Patmore C, Weaver T. Missing the CMHC bus? *Nurs Times*. 1991; 87: 32-34.
  21. Wasylenki D, Goering P, Machaughton E. Planning mental health services: I. Background and Key issues. *Can J Psychiatry*. 1992; 37: 199-206.
  22. Rachils M, Kushner C. Second opinion: what's wrong with Canada's health care-system and how to fix it. Toronto: Collins Publisher; 1989.
  23. Pita S. Determinación del tamaño muestral. *Cad Aten Primaria*. 1996; 3: 138-14.