

P. Vilarriño<sup>1</sup>  
T. Uría<sup>2</sup>

## Los retornos en salud mental infantil: estudio descriptivo

### *Return in childlike mental health: a disease study*

- 1 P.I.R. de tercer año del área de Oviedo (C.S.M. Infantil de Oviedo).
- 2 M.I.R. de Psiquiatría de segundo año del área de Oviedo (C.S.M. Infantil de Oviedo).

Correspondencia:  
Pilar Vilarriño Besteiro  
Facetos, 10 - 1º G  
33013 Oviedo (Asturias)

#### **RESUMEN**

El propósito del estudio es hacer un análisis descriptivo sobre los retornos durante 1996 en un Centro de Salud Mental Infantil. A través de Registros de casos e Historiales clínicos se recogen datos sobre variables clínicas y sociodemográficas (N = 72). Se analiza el perfil del retorno.

#### **PALABRAS CLAVE**

Salud Mental; Infancia; Recaída; Retorno.

#### **ABSTRACT**

*The purpose of this study is to make a descriptive analysis about returns in a Childlike Mental Health Center during the year 1996. Socio-demographic and clinical characteristics data are collect through Psychiatric case registers and Case History (N = 72). The perfil of return is analyzed.*

#### **KEY WORDS**

*Mental Health; Chidhood; Relapse; Return.*

## 80 INTRODUCCIÓN

En un Centro de Salud Mental Infantil (CSMI), como en otros tipos de dispositivos sanitarios, existen cuatro modalidades de consulta:

### Primeras consultas

Se refieren a aquellos pacientes que acuden por primera vez al CSMI.

### Revisiones

Pacientes que siguen un tratamiento continuado en el dispositivo y que acuden regularmente a las consultas prefijadas por el terapeuta correspondiente.

### Urgencias

Aquellos usuarios que teniendo o no historia previa en el CSMI, son derivados por el pediatra de atención primaria, otros profesionales o incluso por iniciativa propia, y que requieren ser atendidos sin cita previa y en el mismo día.

### Retornos

Usuarios que, habiendo sido dados de alta, vuelven a pedir consulta de nuevo, transcurrido un plazo superior a 6 meses desde el alta facultativa previa.

Los retornos en Salud Mental no pueden equipararse a recaídas sintomáticas, ya que éstas implican un empeoramiento de una patología que ya ha sido diagnosticada y/o tratada previamente mientras que, en los retornos, el motivo de consulta y el diagnóstico no tienen por qué coincidir o incluso pueden ser completamente diferentes, respecto a los que llevaron al paciente a pedir consulta en las anteriores ocasiones.

Si bien, en las bases de datos consultadas, figuran algunos artículos sobre las recaídas en la psicopatología infantil, no se ha encontrado ningún artículo que aluda específicamente al tema de los retornos en Salud Mental Infantil lo que nos ha animado a realizar este trabajo.

## Objetivo

El objetivo de este estudio es ofrecer un análisis descriptivo del perfil sociodemográfico y clínico de los retornos que tuvieron lugar durante el periodo comprendido entre el 1 enero de 1996 y el 31 diciembre del mismo año en el Centro de Salud Mental Infantil de Oviedo.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Sujetos e instrumentos

Los Centros de Salud Mental Infantil atienden en Asturias a la población comprendida entre los cero y los dieciséis años de edad. Nosotros recogemos la muestra en el dispositivo que presta asistencia al Área Sanitaria IV, con sede en Oviedo<sup>(1)</sup>. Para llevar a cabo esta tarea, utilizamos los registros de actividades diarias del CSMI, seleccionando todos aquellos casos codificados como retornos durante el año 1996. Se obtiene un total de 72 sujetos. Los datos sobre las diferentes variables que se contemplan en el estudio se recogen de las Historias Clínicas.

El análisis se realiza utilizando estadísticos descriptivos, con la hoja de cálculo Microsoft EXCEL como soporte.

### Variables

Las variables que se analizan son de dos tipos, por una parte se recogen aspectos *sociodemográficos* como edad, convivencia, curso académico, nivel de estudios y profesión de los padres, centro urbano o periferia, número de hermanos y lugar en la patria. Y, por otro lado, se recogen aspectos más relacionados con la *clínica* como son: el motivo de consulta inicial, si hubo o no intervención de la trabajadora social del centro, diagnóstico según CIE 9 (si hubo o no modificaciones del mismo durante el retorno), derivante o agente de la demanda, factores precipitantes de la sintomatología, antecedentes psiquiátricos personales y familiares, comorbilidad con enfermedad somática, número de consultas hasta el alta, tiempo trans-

currido entre el alta y el retorno, si hubo retornos previos al 96 y motivo del alta.

### Procedimiento

Una vez seleccionados los sujetos se revisan sus historiales clínicos recogiendo por una parte los datos que figuran en la llamada Hoja de Datos Básicos <sup>(1,5,6)</sup> donde aparecen las informaciones relacionadas con las variables sociodemográficas, así como datos relacionados con el derivante, motivo de consulta, diagnóstico, inicio de la psicopatología y tipo de intervención. Este registro se realiza cuando se abre por primera vez la historia clínica en el Centro. Los datos referentes al resto de las variables se recogen en base a la información que aparece en las hojas del curso clínico.

Las variables que van a ser objeto de comparación entre las primeras demandas de consulta de los sujetos muestrales y su retorno durante el periodo del estudio son: la edad, los factores precipitantes, el motivo de consulta, el tipo de intervención y el número de consultas previas al alta.

### RESULTADOS

Durante el año 1996 en el CSMI de Oviedo, exceptuando las revisiones, se efectuaron un total de 492 intervenciones; de éstas, 410 fueron primeras consultas (83%); 72, retornos (15%) y 10, urgencias (2%). Los resultados del estudio se presentan distinguiendo datos referentes a variables sociodemográficas y datos relacionados con aspectos clínicos.

#### Aspectos sociodemográficos

La información relacionada con este apartado se obtiene fundamentalmente de las Hojas de Datos Básicos que figuran en las Historias Clínicas de los niños/as de la muestra.

Respecto al *sexo*, durante el periodo del estudio retornaron más niños que niñas (65% frente al 35%). En la figura 1 podemos apreciar cómo el *rango de edad* que predomina tanto en las prime-

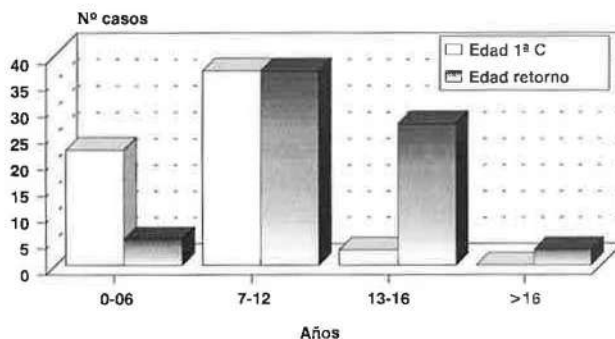


Figura 1. Edad de los niños/as cuando solicitan consulta.

ras consultas que realizan estos pacientes como en los retornos es el comprendido entre los siete y los doce años, representando el 52 y el 51% del total, respectivamente. El 96% de los sujetos muestrales tienen menos de 12 años cuando acuden por primera vez al CSMI y, cuando retornan, el 89% de los niños/as son mayores de 7 años.

El análisis de la *procedencia* refleja que un 53% del total proceden de Oviedo y el 47% de las poblaciones periféricas a la capital. EL 60% de los niños/as que retornaron durante el año 1996 viven con la *familia* nuclear, mientras que un 12,5% están a cargo de la madre separada o viuda. En un 5,4% el niño/a está en régimen de acogida o en un internado cuando demanda consulta por primera vez, y en otro 12,5% de los casos conviven varias generaciones en la misma casa.

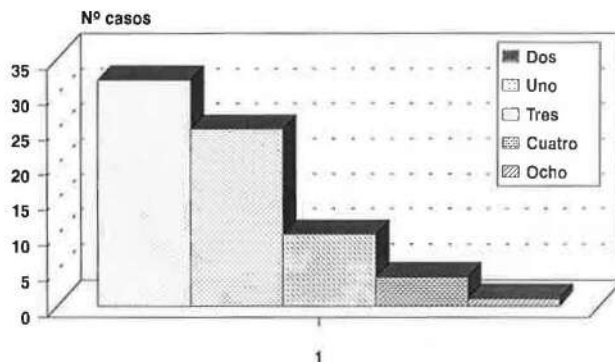


Figura 2. Número de hermanos.

82 Muchos sujetos figuran como hijos únicos; un 62% de los casos ocupan el primer lugar en la *fatria* y un 26% el segundo lugar (Fig. 2).

El 49% de los "retornadores", cuando acuden por primera vez a Salud Mental, están en los niveles iniciales de la escolarización (preescolar, primero o segundo) o no han comenzado la *escolaridad*.

Los padres tienen, en un 77% de los casos, estudios primarios; sólo un 2% son titulados superiores. La *profesión u ocupación* que se da con mayor frecuencia entre las madres es la de ama de casa (67%) y en los padres la de obrero con o sin especialización que representa el 61% del total. También es reseñable que un 13% están pensionados o se encuentran parados. Las profesiones liberales solo representan un 3% del total.

### Aspectos clínicos

Un 18% de los niños que acuden al CSMI y que retornan durante el año 96, tienen antecedentes psiquiátricos. Esto supone que previamente habían tenido contactos con algún profesional de la Salud Mental ajeno a la red pública.

En un 14% de los "retornadores" hay una *enfermedad somática* asociada, siendo la epilepsia la que aparece en un mayor número de casos (30%).

Los *antecedentes psiquiátricos en la familia* se dan en un 63% de los usuarios (Fig. 3). El miembro que presenta con mayor frecuencia trastornos es la madre, siendo en un 47% de tipo depresivo. Las

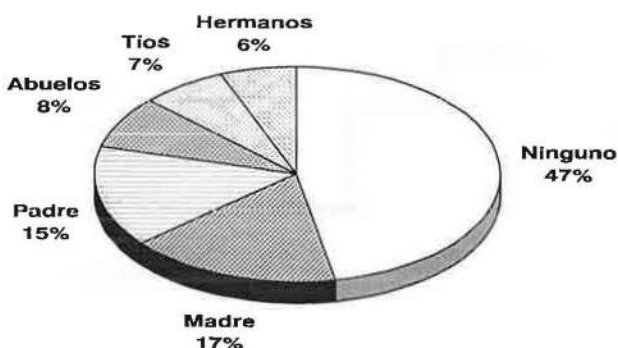


Figura 3. Antecedentes psiquiátricos en la familia.

alteraciones psiquiátricas más frecuentes entre los padres son el alcoholismo (37%) y la toxicomanía (27%). En todos los casos en que aparecen antecedentes psiquiátricos en los abuelos, éstos hacen referencia a trastornos depresivos. En los tíos se da un trastorno de abuso de alcohol o de sustancias en un 60%. Respecto al número de antecedentes, un 36% de los pacientes tienen en la familia un miembro con antecedentes, 13% dos y en un 6% más de dos.

En el 45% de los sujetos no figuran *precipitantes de la demanda de consulta* la primera vez que acuden al CSMI y en los retornos solo figuran en un 25% de las historias, siendo la separación de los padres y el nacimiento de un hermano los más frecuentes tanto en la primera consulta como en los retornos, representando el 10 y el 8% del total. Otros factores por orden de importancia en cuanto a la frecuencia de aparición que actúan como precipitantes serían: la conflictividad familiar (sólo en las primeras consultas), el cambio de casa, la enfermedad de la madre/padre, otros varios, el cambio de colegio/profesor, la muerte del padre/madre (se da más en los retornos) y una enfermedad somática propia.

El análisis de las *derivaciones* (estos datos corresponden sólo a las primeras solicitudes de consulta ya que administrativamente en los retornos no se codifica esta información) muestra que en 28 casos es el pediatra el que deriva al niño/a a Salud Mental, y la demanda por iniciativa familiar se da en 26 ocasiones. Otros agentes de la demanda por orden decreciente son el colegio, médicos especialistas, logopeda, CSM de adultos (bien porque solicitaron allí consulta y no les correspondía por la edad, o porque algún adulto de la familia se encuentra a tratamiento en este dispositivo y el terapeuta o la propia familia, plantea la necesidad de tratar al hijo/a, realizándose una canalización de la demanda hacia CSM Infantil). El neuropediatra actúa como derivante en dos ocasiones.

Los *motivos de consulta* más habituales tanto en los retornos como en las consultas previas son las alteraciones de conducta y/o rendimiento escolar con 22 y 24 casos respectivamente, seguido de los trastornos de control de esfínteres. Las diferencias más significativas son la aparición de los proble-

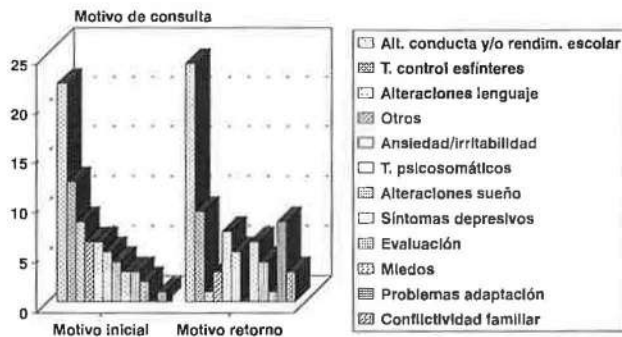


Figura 4. Motivos de consulta en las primeras demandas y en los retornos.

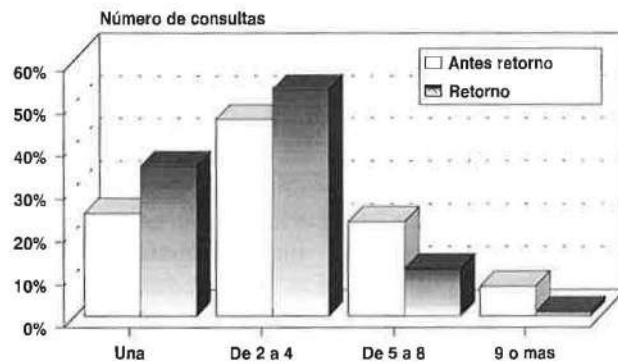


Figura 5. Número de consultas.

mas de adaptación y la menor frecuencia de los trastornos del lenguaje como motivo de consulta en los retornos (Fig. 4).

Los niños acuden a consulta en un 72% de las ocasiones cuando han transcurrido más de seis meses desde el inicio de la sintomatología.

Los diagnósticos previos al retorno que figuran en las Historias Clínicas son la perturbación de las emociones de la infancia y adolescencia (17%), los trastornos del control de esfínteres (15%), retardo selectivo del desarrollo (14%), reacción de adaptación (13%), otros (10%), trastornos neuróticos (6%), trastornos mentales por lesión orgánica (4%), trastornos esfinterianos + retraso selectivo del desarrollo (4%), síndrome hiperquinético (3%) y retraso mental discreto (3%). En un 11% de los casos no consta ningún diagnóstico psiquiátrico. Administrativamente en los retornos sólo se modifica el diagnóstico en un 17% de los sujetos.

El tipo de intervención más utilizado es la consulta terapéutica que representa el 39% en las consultas iniciales y el 37% en los retornos. Las diferencias más relevantes en esta variable entre las primeras consultas y los retornos serían que en los retornos se recurre más a los psicofármacos (13% frente al 3%), hay más derivaciones a otros dispositivos (13% frente al 8%), el número de intervenciones que se refieren exclusivamente a la entrevista diagnóstica disminuyen (3% frente al 10%) y la psicoterapia es más frecuente en las primeras consultas que en los retornos (19% frente al 11%). La intervención de la trabajadora so-

cial fue necesaria en un 17% de los casos y un 3% de los sujetos fueron derivados a Servicios Sociales.

El promedio de consultas previas al alta es de 3,8 en un rango comprendido entre 1 y 19 consultas. Después del retorno el promedio es de 4,7 y el rango es de 1 a 10 consultas. Un 22% de las primeras consultas y un 34% de los retornos sólo son vistos en una ocasión (Fig. 5).

La modalidad del alta previa al retorno es en un 72% de los casos por criterio facultativo y en el resto por decisión de usuario, es decir, el paciente dejó de acudir a las citas programadas.

El tiempo que transcurre entre el alta y el retorno oscila entre un máximo de 96 meses y un mínimo de un mes, siendo el promedio de 32 meses. Casi un tercio de los sujetos retornaron al CSM antes de haberse cumplido el año de alta y un 18% de los niños/as tenían un retorno previo al año 96, es decir, habían sido dados de alta en dos ocasiones; otro 3% tenía dos retornos previos.

## DISCUSIÓN

El análisis de los datos obtenidos en nuestro estudio se realizará tomando como punto de referencia los estudios publicados por Serrano <sup>(9)</sup> y Pedreira <sup>(5)</sup> a propósito de la asistencia a los CSM infantiles en las áreas sanitarias de Oviedo y Avilés durante los años 86 y 87.



84 En los dispositivos infanto-juveniles consultan más niños que niñas a diferencia de lo que ocurre en los CSM de adultos. Por este motivo, es lógico que el porcentaje de retornos sea mayor entre el género masculino. Algunas de las razones que aduce Pedreira <sup>(5)</sup> para explicar este hecho serían por una parte, que los síntomas de los varones son menos adaptativos y menos aceptados socialmente que los de las niñas y, por otra, que los retrasos madurativos y los fracasos prácticos han sido más frecuentes en los niños dado el valor socio-cultural del rol de ambos sexos.

El rango de edad más frecuente entre los usuarios de los dispositivos infantiles es el comprendido entre los cinco y los nueve años <sup>(6)</sup>. Las explicaciones habría que buscarlas en la coincidencia con el periodo de latencia y en la aparición de los retrasos o problemas de aprendizaje al incrementarse el nivel de exigencia escolar. Desde este punto de vista, no sorprende que la franja de edad en la que se producen más retornos sea la comprendida entre los siete y los doce años, y tampoco sorprende que muchos de los casos se encuentren en los niveles iniciales de la escolarización.

La procedencia de los retornos se reparte casi al 50% entre Oviedo y las poblaciones periféricas. Sin embargo, en el estudio de Serrano <sup>(9)</sup>, sólo el 20% de los usuarios procedía de la periferia. Cabe pensar que la mejora de las comunicaciones durante estos diez años entre la capital y las poblaciones periféricas, y la mayor difusión de la información acerca de los dispositivos sanitarios haya hecho que éstos sean más accesibles a un mayor número de personas independientemente de que residan o no en el casco urbano del área <sup>(8)</sup>.

Casi un tercio de los casos que retornan vive con la madre exclusivamente, y casi otro tercio lo hace con la familia nuclear y extensa. Desde un punto de vista sociocultural, esto podría responder, primero a una mayor aceptación social de las separaciones y divorcios, siendo la madre la que asume la custodia de los hijos en la mayoría de los casos, y segundo, al mantenimiento en determinadas zonas de Asturias del mayorazgo en la transmisión de las herencias, donde un hijo (generalmente el primogénito varón) asume el cuidado de los padres a cambio de la casería. Cualquiera

de estas situaciones puede tener repercusiones negativas en el desarrollo de los niños/as si los roles parentales no están bien definidos, hay interferencias entre los modelos educativos de los padres y/o los abuelos, o se utiliza al niño como "arma arrojada" en los conflictos <sup>(3)</sup>.

La mayoría de los progenitores de los niños que retornaron tenían estudios primarios y, tanto en los retornos como los usuarios en general, la mayoría de las madres se dedican a tareas domésticas y los padres trabajan como obreros con o sin especialización.

El estudio de los retornos muestra que muchos niños son hijos únicos o bien primogénitos. Quizás sea la propia inseguridad de los padres y el desconocimiento acerca de lo que es normal y lo que es patológico en un niño lo que les lleve a demandar consulta en muchos de los casos.

Según Serrano <sup>(9)</sup> el 22% de los usuarios del CSM Infantil de Oviedo tienen antecedentes psiquiátricos. En Avilés, esto sucede en el 19,8 % en el año 86 y en el 26% en el año 87 según el estudio de Pedreira <sup>(5)</sup>. Llama la atención la escasa diferencia que hay entre los porcentajes de antecedentes totales y los referidos a los retornos (18%), si bien sería necesario tener datos más completos y actualizados para poder aventurar hipótesis al respecto.

En nuestro estudio aparece que más de la mitad de los retornos tiene antecedentes psiquiátricos familiares. Esto quizás podría explicarse por una mayor sensibilización de la familia hacia la patología psiquiátrica que les lleva a pedir consulta, bien porque han observado algún indicio de posible psicopatología o bien como una forma de profilaxis para prevenir trastornos en los niños. Una segunda lectura podría ser que la enfermedad de los padres o de otro miembro de la familia actúa como precipitante o desencadenante de los problemas de los niños al quedar afectados los roles parentales o el clima familiar en general, aunque en muchas ocasiones no se observen las conexiones entre el trastorno del hijo y el del padre/madre.

La separación de los padres y el nacimiento de un hermano son los precipitantes que se repiten con más frecuencia <sup>(2)</sup>; tanto una situación como la otra implican cambios a nivel de la estructura familiar que exigen una nueva organización y, por

lo tanto, suponen una situación de crisis que puede dar lugar a la aparición de sintomatología en algún miembro de la familia o en varios.

A diferencia de lo que sucede en otros países, el motivo de consulta más frecuente tanto en los que retornan como en los usuarios en general de los Servicios de Salud Mental Infantil, no son los trastornos del control de esfínteres, sino las alteraciones de conducta y/o rendimiento escolar. Estos síntomas son los que parecen despertar mayor inquietud en padres o educadores aunque detrás de ellos pueden esconderse trastornos muy diversos. Por otro lado, al incrementarse la edad de los usuarios, en los retornos aparecen los trastornos adaptativos y disminuyen los trastornos del lenguaje.

En un porcentaje no desdeñable de casos, el niño que retorna tiene una enfermedad somática asociada, siendo la epilepsia la más frecuente. En estas situaciones, una tarea esencial de la terapia será ayudar a afrontar la enfermedad y sus consecuencias tanto al niño como a su familia, dotándolos de recursos que permitan minimizar las limitaciones que la enfermedad pueda originar.

Coincidiendo con los estudios que tomamos como marco de referencia, se observa que los remitentes más usuales son el pediatra de atención primaria y la propia familia. Esto facilita la tarea de coordinación entre los dispositivos de cara a obtener más información y trazar en algunos casos estrategias conjuntas de intervención o seguimiento.

La mayoría de las consultas iniciales de los que retornan y de los usuarios, en general, se solicitan después de transcurridos seis meses desde el inicio de la sintomatología. Como señala Pedreira <sup>(5)</sup>, los padres parece que toleran o tienen dificultades para reconocer los síntomas de sus hijos y esta dilación en la derivación de los casos puede jugar a favor de la cronicidad de los trastornos. Desde esta óptica podría entenderse que la probabilidad de que retornen al CSM se incrementa.

Si bien los porcentajes relacionados con los diagnósticos están muy repartidos, es la perturbación de las emociones peculiares de la infancia y adolescencia el que se repite con más frecuencia. Esto también aparece reflejado en el estudio de Serrano <sup>(6)</sup> y él lo justifica por la utilización de esta categoría a modo de "cajón de sastre" con el áni-

mo, en muchos casos, de no colocar una etiqueta que pueda perjudicar en el futuro al niño a modo de profecía autocumplida. En muy pocos casos se modifica administrativamente el diagnóstico en los sujetos que retornan al centro; esto no debe interpretarse siempre como una coincidencia diagnóstica ni tampoco como un desinterés del profesional que debido a la presión asistencial se ve obligado a prescindir en algunos casos de aquellas tareas más burocráticas, pero no menos importantes, como puede ser volver a elaborar determinados apartados de la Hoja de Datos Básicos entre los que figura el diagnóstico <sup>(6,7)</sup>.

La orientación, consejo o pautas terapéuticas es el modo de intervención que se observa con más frecuencia en los sujetos muestrales. Quizás aquí se plantea la dificultad que pueden tener en ocasiones los miembros del equipo a la hora de discriminar donde están los límites entre la psicoterapia (sea ésta del tipo que sea) y la consulta terapéutica. Por otra parte, a pesar de la escasa utilización de los psicofármacos en los CSM infantil (1% en el análisis realizado por Serrano, el 0% en el estudio de Pedreira y 3% en nuestro estudio) en los retornos se recurre más a este tipo de intervención quizás por haberse producido un agravamiento psicopatológico o bien como un complemento a otro tipo de intervenciones.

El pequeño aumento en el uso de los fármacos, en las demandas iniciales de nuestros sujetos, respecto a los estudios mencionados, podría guardar relación con el hecho de que en estos nueve o diez años transcurridos desde que se realizaron estos estudios han aparecido nuevos psicofármacos y se ha investigado más acerca de su uso en niños; esto puede haber animado a los psiquiatras infantiles a incrementar su utilización. El aumento en el número de derivaciones podría relacionarse con el aumento de la edad de los sujetos en el retorno, de forma que si rebasan los dieciséis años se derivan a los CSM de adultos.

El promedio de consultas por caso se eleva en los retornos quizás como un reflejo de la mayor preocupación e interés que ponen los profesionales, tratando de explorar aspectos que pasaron por alto en anteriores ocasiones y que pueden estar actuando a modo de factores precipitantes o man-

86 tenedores del trastorno. Por otro lado, un hecho que puede resultar contradictorio con lo anterior es que casi un tercio de las primeras consultas y un tercio de los retornos sólo son vistos en una ocasión; esto podría explicarse o bien porque son derivados a otros dispositivos, bien porque se considera innecesario psiquiatrizar determinados comportamientos o bien porque la solicitud de consulta tenía como objetivo recibir algún tipo de orientación o consejo puntual.

La modalidad de alta más habitual, tanto en los que retornan como en los usuarios en general (según los estudios referidos), es la que se da por criterio facultativo. Aparentemente esto podría poner en tela de juicio la actuación de los profesionales de Salud Mental ante estos sujetos que necesitan volver al CSM tras haber sido dados de alta, pero en realidad la lectura de estos datos puede hacerse de otra manera, y es que cuando se da un alta siempre se deja la puerta abierta, ofreciendo la posibilidad de volver a solicitar consulta si aparecen nuevas dificultades; asimismo puede ser una demostración de que el niño y la familia se sintieron ayudados en anteriores ocasiones de tal modo que no dudan en solicitar de nuevo consulta si lo juzgan oportuno.

A modo de reflexión final señalar que sería necesario disponer de datos más actualizados sobre

el perfil de los usuarios que frecuentan los CSM Infantiles para poder contrastar de nuevo los resultados obtenidos, ya que en estos momentos nos resulta difícil discriminar qué características son propias de los retornos como tales, dado que los criterios que se utilizan para realizar las comparaciones con los usuarios en general son estudios realizados hace diez años. No obstante, un posible perfil del retorno de nuestro estudio sería: varón, entre siete y doce años, convive con su familia de origen, primogénito o hijo único, con antecedentes psiquiátricos familiares, que es derivado por el pediatra por alteraciones de conducta y/o rendimiento escolar, encontrándose con frecuencia factores precipitantes como la separación de los padres o el nacimiento de un hermano.

## AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento al Dr. J. L. Pedreira Massa, Jefe de Servicio del CSM Infantil de Avilés, por su inestimable colaboración en la redacción de este artículo, así como por el entusiasmo que nos ha transmitido para llevarlo a cabo.

Así mismo agradecemos al Dr. E. Serrano, Jefe de Servicio del CSM Infantil de Oviedo, el habernos permitido realizar este estudio en su Servicio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García J, Aparicio V, Eguagaray M. Modelos asistenciales y patrones de utilización de servicios: evaluación de los cambios en el marco de la reforma psiquiátrica en Asturias. *Rev Sanid Hig Pública* 1988;5-8:1469-82.
2. Johnson JH. Live events us stressors in childhood and adolescents. London: Sage; 1986.
3. Minuchin S. Familias y Terapia familiar. Barcelona: Granica; 1977.
4. Pedreira JL. Protocolos de Salud Mental Infantil para atención primaria. Madrid: ELA Editorial Libro del año; 1995.
5. Pedreira JL. El trabajo en Salud Mental infanto-juvenil en el área sanitaria de Avilés. En: Aparicio Basauri V, García González J, eds. Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación. Oviedo: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado; 1988.
6. Pedreira JL. Psychiatric case registers in Child Psychiatry (Clinical Management and Epidemiological Approach). En: Seva A, editor. *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Tomo I. Barcelona: Antropos-Prensas Universitarias de Zaragoza; 1991. p. 387-96.
7. Pedreira JL, Eguagaray M. Evaluación de un Servicio de Psiquiatría Infantil a través un registro acumulativo de casos psiquiátricos (RACP). *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil* 1996;4: 263-79.
8. Rossler W, Riecher A, Löffler W, Fätkenheuer. Community care in Child Psychiatry an empirical approach using the concept of travel time. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 1991;26:28-33.
9. Serrano E. Asistencias y formas de intervención en Salud mental Infantil en el área de Oviedo. En: Aparicio Basauri V, García González J, eds. Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación. Oviedo: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado; 1988.