

P. Rodríguez-Ramos
M. A Fernández
P. Ortega

Evaluación interna e
investigación en los equipos
para la Salud Mental Infanto-
Juvenil: una carencia
remediable

Servicios de Salud Mental del Distrito de Tetuán. Comunidad de Madrid

*Inward evaluation and
research in Child and
Adolescent Mental Health
Services: a handle deficiency*

Correspondencia:
P. Rodríguez-Ramos
Servicios de Salud Mental de Tetuán
Maudes, 32
28003 Madrid

RESUMEN

La organización funcional requiere colaboraciones muy diversas, entre equipos multiprofesionales de distintos organismos, que actúan sobre variados niveles de gravedad con tratamientos de complejidad muy variable. Es necesario potenciar las medidas informativas sobre salud mental para profesionales, tanto de los centros de salud general como de otras profesiones relacionadas. También parece sugerente la tendencia a extender al ámbito escolar las actuaciones para la salud mental, incluidos los tratamientos; y realizar estudios que investiguen la eficacia a corto y a largo plazo de éstas y otras medidas. El funcionamiento de los servicios puede mejorarse con medidas internas de calidad y rendimiento que no incrementen los gastos.

PALABRAS CLAVE

Infancia; Adolescencia; Servicios de Salud Mental.

ABSTRACT

The dynamic organisation of child and adolescents mental health services requires different services in multidisciplinary collaboration and consultation with other agencies in the field, operating at several levels to meet the needs of different problems. Professional's help and information is needed in health social and educational settings. An alternative is the development of school-based help and treatments, as much as systematic therapeutic outcome comparative measures. Limitations of resources requires methodologies to improve services without increasing costs.

KEY WORDS

Childhood; Adolescence; Mental Health Services.

INTRODUCCIÓN

Las estructuras dedicadas a promover la salud mental de la infancia y la adolescencia todavía muestran síntomas importantes de enanismo psicosocial; aunque con diferencias notables entre las distintas comunidades autónomas españolas, tanto en su intensidad como en las medidas aplicadas para su resolución ⁽¹⁾.

A pesar de que las bases y los modelos teóricos de actuación estén claramente formulados ⁽²⁾, el concepto de **Servicios para la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia** desborda los confines sanitarios ⁽³⁾, siendo muy diversos los factores que afectan a la elaboración y el desarrollo de sus planes ⁽⁴⁻⁸⁾.

Algunas carencias se deben a la insuficiente relevancia concedida a:

1. Las necesidades de la infancia y la adolescencia o a
2. Los beneficios inmediatos y diferidos derivados de su atención, así como a
3. La escasez de datos contrastados sobre la eficacia de las diversas técnicas y programas terapéuticos; y también a
4. Las limitadas posibilidades económicas para ofrecer recursos asistenciales.

Las limitaciones económicas han de entenderse como una circunstancia habitual, y ser consideradas como un hecho más entre los datos técnicos o asistenciales necesarios para:

1. Una planificación racional,
2. La definición de objetivos,
3. La organización de los medios y
4. La elaboración de los métodos de evaluación y mejora.

La dotación de servicios sólo es uno de los primeros pasos; mientras que la elaboración de planes, la adecuada evaluación de los resultados y la eficiencia de esos servicios resultan fundamentales para la interminable marcha hacia la salud mental. En ella debería jugar un papel más importante la actividad de *evaluación interna* de los propios equipos, tanto por los elementos cualitativos de medida que puede aportar como por las consecuencias internas (ej. mejora de la calidad profesional y asis-

tencial) y externas (ej. mayor eficiencia de los recursos disponibles) que de ello podrían derivarse.

111

Objetivos

Ofrecer a discusión datos, tendencias e instrumentos que permitan:

1. Una *mejor planificación general* de los servicios para la salud mental de la infancia y la adolescencia,
2. Un *perfeccionamiento de los programas* de asistencia, elaborados por cada equipo de atención y
3. Unas *referencias de medida* para poder valorar desde los propios equipos la eficiencia de la planificación y de la asistencia.

MÉTODO

Analizar diversos estudios dedicados a la organización, el desarrollo y la evaluación de la asistencia para la salud mental de la infancia y la adolescencia, sintetizando sus resultados en los siguientes aspectos:

1. Características de la población.
2. Coordinación de los servicios sanitarios con todos aquellos dedicados a la promoción de la salud mental en la infancia y la adolescencia.
3. Metodología de trabajo en los equipos especializados.
4. Eficacia de intervenciones terapéuticas específicas en trastornos concretos.
5. Sistemas de control de calidad.

RESULTADOS

Características de la población, versatilidad de la organización

1. Hay más menores con trastornos psíquicos de los que se creía, entre el 10 y el 25% de la población los sufre al menos en grado moderado; y ello con independencia de los países estudiados, aunque pueden oscilar los datos, dependiendo de los sistemas de detección ⁽⁹⁻¹²⁾.

- 112
2. Gran parte de estos niños y adolescentes no son llevados a consulta; pero de los que lo hacen, un 16-25% no acude a la cita, y un 40-57% abandona el tratamiento ⁽¹²⁻¹⁴⁾.
 3. Factores como las expectativas de la población o la organización asistencial ayudan a explicar estos fracasos ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.
 4. Existen problemas psiquiátricos, como la depresión y los suicidios o los trastornos de conducta, cuya prevalencia parece aumentar ^(18,19) al tiempo que disminuye la edad en que son detectados ⁽²⁰⁾; mientras que en otros trastornos con apariencia epidémica, como la anorexia nerviosa, la tendencia al incremento no resulta tan clara ⁽²¹⁾.
 5. Los *usuarios directos* de los servicios para la salud mental suelen ser las familias con mayor nivel de educación ^(22,23); mientras que los mayores consumidores (grupos de alto riesgo y familias con carencias materiales) no suelen demandar directamente sino *por derivación* de instituciones no sanitarias que pueden idealizar las soluciones psicológicas ^(24,25).
 6. Los *servicios* continúan *fragmentados, escasamente integrados y faltos de coordinación* ^(8,26-28). Aún a pesar de las evidencias de que la integración en el medio y la coordinación entre los organismos de justicia, educación, integración social, salud general y salud mental, mejoran la eficacia y la eficiencia ⁽²⁹⁻³⁴⁾.
 7. Realizar las *primeras intervenciones* en lugares habituales para los niños y los adolescentes, es más conveniente y eficaz que si se realiza mediante derivaciones a lugares no habituales y con el estigma del trastorno mental, como los locales de los servicios de salud mental ^(35,36).
 8. Parece más útil desarrollar algunos *tratamientos dentro del ámbito escolar* ^(37,38), siendo allí donde los adolescentes prefieren discutir sobre los problemas mentales ⁽³⁹⁾.
2. Son necesarias informaciones más específicas sobre aspectos prácticos de la actuación clínica como características psicopatológicas individuales, modelos de tratamiento, grados de mejoría, etc. Así será posible evaluar con rigor la eficacia de los diversos métodos de tratamiento y justificar las necesidades y las actuaciones para la salud mental de la infancia y la adolescencia ⁽⁴¹⁾. A ello puede contribuir la Versión Multiaxial de la CIE-10 para Trastornos Mentales y del Comportamiento en la Infancia y la Adolescencia ⁽⁴²⁾. Diseñada para incrementar la fiabilidad y la precisión del sistema diagnóstico, aportando información específica de utilidad clínica para el tratamiento y para los estudios de la evolución. Con ello, se detecta la presencia/ausencia de los factores más destacados que se presumen implicados en la vulnerabilidad, las causas, el desencadenamiento, el mantenimiento y la evolución de un trastorno; y que también pueden tener una influencia relevante en el desarrollo psíquico del niño. En este sistema, los ejes 4, 5 y 6 proporcionan información complementaria de gran interés sobre las circunstancias médicas y ambientales, o sobre el nivel de adaptación. Datos que condicionan las posibilidades de tratamiento, los criterios de gravedad y la evolución de los casos; permitiendo ventajas inmediatas en la actuación clínica y proporcionando *información cualitativa estandarizada*. La aplicación de un sistema multiaxial también contribuiría a una *definición de caso más precisa*, necesaria para el estudio comparativo de la eficacia terapéutica inmediata o diferida, y para los estudios de evolución natural de los trastornos.
 3. Los conocimientos recientes sobre el *temperamento* en la infancia se muestran muy útiles, aplicados a la promoción del desarrollo psicosocial infantil, formando parte de medidas de prevención y otras actuaciones clínicas ⁽⁶⁾, tanto en la relación con la familia ^(43,44) como con los profesores ⁽⁴⁵⁾; así como para el asesoramiento a los profesionales de atención primaria ⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾, en la prevención de algunos trastornos psicopatológicos ^(43,49-51) o en la identificación de

Análisis cuantitativos, métodos y eficacia terapéutica

1. El *registro acumulativo de casos* resulta ser un sistema adecuado para obtener amplia información cuantitativa sobre cómo están funcionando los servicios, pero es más escasa la que ofrece sobre aspectos cualitativos ⁽⁴⁰⁾.

mayores riesgos de vulnerabilidad ante adversidades psicosociales ⁽⁵²⁻⁵⁴⁾.

4. La *capacitación* para detectar, valorar, y tratar los trastornos psiquiátricos de la infancia y la adolescencia, requiere un grado de conocimientos que habitualmente no alcanzan ni los *profesionales de los centros de salud general*, quienes suelen detectar únicamente los trastornos graves ⁽⁵⁵⁾, ni aquellos otros dedicados a la *integración social o la enseñanza*.
5. Proporcionarles información específica sobre los trastornos más prevalentes debe constituir una actividad importante y habitual del personal especializado, ayudando a su *detección y atención precoz* por los servicios sociales, de salud general y de educación ^(28,31,56-59).
6. Son necesarios estudios que investiguen la *eficacia a corto y a largo plazo* de los diversos tratamientos, porque son muy limitadas o dudosas las evidencias de efectividad de los tratamientos que se administran en las diversas patologías ⁽⁶⁰⁾, y en especial en algunas como los trastornos de conducta ⁽⁶¹⁻⁶³⁾, diversos problemas emocionales graves ⁽⁶⁴⁾ o los niños maltratados ⁽⁶⁵⁾.
7. Siendo aún más raros los estudios de *eficacia comparada* ^(66,67), o aquellos otros de *carácter preventivo* que ofrezcan resultados claramente esperanzadores ⁽⁶⁸⁻⁷⁰⁾.

Auditoría de eficiencia y calidad, investigación

Los sistemas de medida de la eficiencia y del control de calidad cubren aspectos de investigación y auditoría sobre el proceso asistencial y sus resultados.

1. Su objetivo primordial es mejorar la efectividad y la eficiencia de los programas y los procedimientos clínicos, mediante comparaciones y referencias de otros equipos y programas, dando respuesta a cuestiones asistenciales tan importantes como: *¿qué tratamiento aplicar con mayores probabilidades de eficiencia en un caso determinado?*; *¿cuándo sería más adecuada su aplicación?*; *¿en qué nivel de los Servicios de Salud Mental debería desarrollarse?*; *¿quiénes son los pacientes prioritarios en su aplicación?*; y *¿cómo coor-*

dinar el desarrollo de los tratamientos entre los diferentes niveles de atención? ⁽⁷¹⁾.

2. Todavía es muy escasa la experiencia sobre medidas de la eficacia y de la calidad en los servicios para la salud mental de la infancia y la adolescencia ⁽⁷²⁾. Lo habitual es que las informaciones sólo ofrezcan referencias de la asistencia procedentes de los programas estadísticos ⁽⁷³⁾, permitiendo una comparación entre servicios, necesaria pero que sólo ayuda a establecer patrones cuantitativos.
3. Aunque la eficacia es el objetivo inmediato y diferido de las actuaciones para la salud mental de los niños y los adolescentes, las decisiones de los profesionales pueden no cumplir con ese objetivo o disminuir la eficiencia; por realizarse con *indulgencia* (aplicación de tratamientos ineficaces), *negligencia* (no aplicación del tratamiento eficaz), *cicatería* (tratamiento parcial para ahorrar tiempo o dinero) o *prodigalidad* (tratamientos excesivos no justificados) ⁽⁷⁴⁾.
4. Estudios de orden cualitativo, para la valoración de la *evolución clínica* y la *calidad del servicio*, así como posteriores de *impacto del servicio*, pueden realizarse a partir de informaciones sobre la organización, los métodos y los resultados ^(75,76).
5. Las mayores dificultades estriban en conseguir una *recolección de datos sencilla* que contemple las características individuales de los pacientes y su entorno ⁽⁷⁷⁾.
6. La investigación y la evaluación son complementarias; por ejemplo, la *identificación de necesidades específicas* de la población —padres con trastornos psíquicos, abuso de alcohol en adolescentes ⁽⁷⁸⁾, acontecimientos estresantes ⁽⁷⁹⁻⁸¹⁾— da lugar al desarrollo de actuaciones concretas para atender esas necesidades.

CONCLUSIONES

Para cubrir las variadas necesidades de la población, los Servicios para la Salud Mental han de potenciar a los menores y sus familias, convirtién-

114 dolos en elementos activos del proceso de tratamiento; también han de cubrir todas las facetas que influyen en los problemas que atienden, y adecuarse a cada caso, actuando en diversos contextos, con diferentes niveles de especialización y consumos de recursos.

El alto número de derivaciones para tratamientos por conflictos psíquicos entre las familias de bajo nivel socioeconómico puede constituir un vicio de uso y una idealización, porque el remedio a sus problemas psicológicos suele ser posterior a la corrección del estado carencial.

El personal requiere distintos grados de formación y de recursos, dependiendo de las funciones que desempeñe y los pacientes que atienda, sin que el nivel asistencial especializado o el hospitalario sean los únicos con funciones terapéuticas; aunque la complejidad de éstas y de la patología sean el indicador principal de distribución de casos en cuatro niveles:

1. Profesionales del primer nivel con formación sobre salud mental.
2. Apoyo al anterior por un profesional del equipo de salud mental.
3. Equipo de salud mental coordinando actuaciones pluriprofesionales.
4. Lugares especializados (hospitalización, hospital de día).

Las dificultades de esta organización son de tipo funcional más que estructural, requiriendo colaboraciones muy diversas, entre equipos de distintos organismos y formados por diferentes profesionales, que actúan sobre variados niveles de gravedad en diferentes lugares; y tales actuaciones requieren medidas de complejidad muy variable, comprendidas entre las formas extremas de asesoramiento circunstancial a profesionales del nivel primario y de atención a casos severos que requieren un tratamiento extenso e intenso.

Es necesario potenciar las medidas informativas sobre salud mental para profesionales, tanto de los centros de salud general como de otras profesiones relacionadas. También parece sugerente la tendencia a extender las actuaciones para la salud mental, incluidos los tratamientos, dentro del ámbito escolar; con estudios que investiguen la eficacia a corto y a largo plazo de éstas y otras medidas.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta la situación de precariedad y las limitaciones económicas, se considera de interés facilitar mejoras en la dinámica de los servicios mediante la promoción de medidas que no exijan un incremento de los gastos, tales como:

1. **Evaluaciones internas** destinadas a mejorar la organización de los métodos, revisando periódicamente determinados datos de una selección, reducida pero aleatoria, de las historias clínicas (Anexo 1)
2. **Reuniones frecuentes entre los distintos equipos** para facilitar la discusión sobre la dinámica de organización interna, las áreas de especial necesidad, el abordaje y la práctica terapéutica de los problemas reales, con sus fracasos y éxitos.
3. **Actuaciones en distintos ambientes** según las características de las poblaciones y de las demandas.
4. **Evaluaciones internas e interequipos sobre:**
 - 4.1. *Grado de coordinación práctica* (interactiva) con los otros servicios del distrito, responsables de la promoción de la salud mental.
 - 4.2. *Medidas de la calidad asistencial* como el grado de información de los pacientes y sus familias sobre los recursos y métodos de tratamiento, su nivel de satisfacción y el manejo de sus quejas respecto a la asistencia.
 - 4.3. *Análisis de la evolución* de los casos, controlando variables más allá del mero diagnóstico; como el tipo de tratamiento, las características reales de cada caso, o las circunstancias del mismo, los resultados y las recaídas (Anexo 2).
 - 4.4. *Comparación de diferentes técnicas* de tratamiento, teniendo en cuenta los aspectos del apartado anterior.
5. **Estudios multicéntricos de validación** de escalas y cuestionarios de medida para distintos síntomas y trastornos, y para el control de los tratamientos; facilitando así los estu-

dios comparativos y la práctica clínica cotidiana.

6. Estudios multicéntricos de **indicadores del impacto** de las actuaciones en términos de salud mental.

Estas medidas, y muchas otras posibles, ayudarían a mejorar la eficiencia y la eficacia de la organización, y la calidad de la actuación clínica, todo ello sin incremento apreciable de los costos.

115

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Ramos P, Ortega P, Mardomingo MJ, García-Pérez R. Modelos asistenciales españoles en salud mental de niños y adolescentes (Resumen de la III Jornada de psiquiatría del niño y el adolescente, 24-4-96, Madrid). *Rev Psiquiatría Infantojuvenil* 1996;(2):158-9.
2. Menéndez Osorio F. Trabajo comunitario en salud mental infantil. En *La Salud Mental en la Red de Atención a la Infancia*. Servicio de salud mental de Villaverde, editor. Madrid: Faes; 1994. p. 163-9.
3. Wilson P. What's a CAMHS. *Young Minds Newsletter* 1995;20:2-4.
4. Rojas Marcos L, Gil RM. Diagnóstico de las burocracias de la asistencia psiquiátrica. En: Guimón J, Mezzich J, Berríos G, eds. *Diagnóstico en psiquiatría*. Barcelona: Salvat; 1988. p. 401-7.
5. Muñoz PE. Epidemiología y asistencia psiquiátrica: La identificación de necesidades. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1981;IX(4):283-302.
6. Tsiantis J. Promoción del desarrollo psicosocial del niño en los países del sur de Europa. *Rev Psiquiatr Infantojuvenil* 1991;91(3):157-76.
7. Earls F, Eisenberg L. International perspectives in Child Psychiatry. En: Lewis M, editor. *Child and Adolescent Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991. p. 1189-96.
8. Richardson G, Williams R. Child and adolescent mental health services. *Curr Opin Psychiatry* 1996;9:262-7.
9. Branderburg NA, Friedman R, Silver SE. The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:76-83.
10. Friedman RM, Kutash K. Challenges for child and adolescent mental health. *Health Affairs* 1992;11(3):125-36.
11. Verhulst FC, Berden GF, Sanders-Woudstra JAR. Mental health in Dutch children: II The prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures. *Acta Psychiatr Scand* 1985;(Suppl 324):72.
12. Gómez-Beneyto M, Bonet A, Catalá MA, et al. Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:352-7.
13. Costello EJ, Janiszewski S. Who gets treated? Factors associated with referral in children with psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:523-9.
14. Cottrell D, Hill P, Walk D, et al. Factor influencing non-attendance at Child Psychiatry out-patient appointments. *Br J Psychiatry* 1988;152:201-4.
15. Cheng TL, Savageau JA, Sattler AL, DeWitt TG. Confidentiality in health care: A survey of Knowledge, perceptions, and attitudes among high school students. *JAMA* 1993;269:1404-7.
16. Andrews R, Morgan JD, Addy P, McNeish AS. Understanding non-attendance in outpatient paediatric clinics. *Arch Dis Childhood* 1990;65:192-5.
17. Novick J, Benson R, Rembar J. Patterns of termination in an outpatient clinic for children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1981;20:834-44.
18. Ryan ND, Williamson DE, Iyengar S, et al. A secular increase in child and adolescent onset affective disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:600-5.
19. Robins LN. Changes in conduct disorder over time. En: Farran DC, McKinney JD, eds. *Risk in Intellectual and Psychosocial Development*. Orlando: FL Academic Press; 1986.
20. Thompson MJJ, Stevenson J, Sonuga-Barke E, et al. Mental Health of preschool children and their mothers in a mixed urban/rural population. *Br J Psychiatry* 1996;168:16-20.
21. Fombonne E. Anorexia Nervosa: No evidence of an increase. *Br J Psychiatry* 1995;166:462-71.
22. Wrate RM, Kolvin I, Garside RF, et al. Helping seriously disturbed children. En: Nicol J, editor. *Longitudinal studies in Child Psychology and Psychiatry*. Wiley & sons; 1985.
23. Horgan CM. Speciality and general ambulatory mental health services: comparison of utilization and expenditures. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:565-72.
24. McKinlay J. Some approaches and problems in the study of the use of services. An overview. *J Health Social Behavior* 1972;13:115-51.
25. Lindsay J, Offord D, Boyle M, Racine Y. Factors predicting use of mental health and social services by children 6-16 years old: Findings from the Ontario Child Health Study. *Am J Orthopsychiat* 1995;65:76-86.
26. Tello Casany C. Características de las estrategias terapéuticas desarrolladas en el CAPIP de Lleida. *Rev Psiquiatr Infantojuvenil* 1992;92(3):207-12.

- 116
27. Appleton P. The NHS reforms and services for children and adolescents with mental health problems: personal impressions in North Wales. *ACPP Rev Newsletter* 1995;17:158-161.
 28. Henggeler SW. A consensus: Conclusions of the APA Task Force Report on innovative models of mental health services for children, adolescents, and their families. *J Clin Child Psychology* 1994;23(Suppl):3-6.
 29. Rutz W, Carlsson P, Von Konorring L, Walinder J. Cost-Benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish committee for the prevention and treatment of depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:457-64.
 30. Costello EJ, Shugart MA. Above and below the threshold: Severity of psychiatric symptoms and functional impairment in a pediatric sample. *Pediatrics* 1992;90:359-68.
 31. NHS Health Advisory Service. Together we stand: the commissioning, role and management of child and adolescents mental health services. Richardson WR, editor. G. London: RMSO; 1995.
 32. Fernández Villar A, Pla Vega M, Pedreira JL, Sardinero E. Intervenciones psicosociales en la primera infancia: Integración y coordinación en el territorio. *Rev Psiquiatr Infantojuvenil* 1991;91(3):231-41.
 33. Rosenblat A, Attkinsson CC. Integrating systems of care in California for young with severe emotional disturbance III: Answers that lead to questions about out-of-home placements and the AB377 evaluation project. *J Child Family Studies* 1993;2:119-41.
 34. Butler S, Atkinson L, Magnatta P, Hood E. Child maltreatment: The collaboration of child welfare, mental health and judicial systems. *Child Abuse Negl* 1995;19:355-62.
 35. Nicol AR. Practice in nonmedical setting. En: Rutter M, Hersov TL, eds. Oxford; 1994. p. 1040-54.
 36. Boldero J, Fallon B. Adolescent help-seeking: what do they get help for and from whom? *J Adolesc* 1995;18:193-209.
 37. Dier TJ, Elliot FM. The development of a school-based psychotherapy service for adolescents. *Psychiatr Bull* 1995; 19:13-5.
 38. Subotsky F. Assessment for special education in a child guidance unit. *Psychiatr Bull* 1990;14:16-8.
 39. Fotheringham MJ, Sawyer MG. Do adolescents know where to find help for mental health problems? A brief report. *J Pediatr Child Health* 1995;31:41-3.
 40. Shepherd G. Research in Service Planning and Evaluation. En: Parry G, Watts FN, eds. Behavioural and Mental Health Research. London: Lawrence Erlbaum Ass.; 1989. p. 317-40.
 41. Ten Horn GHMM. Prevención a largo plazo de la salud mental de la infancia. Un estudio de registro de casos en Holanda. *Rev Psiquiatr Infantojuvenil* 1990;90(4):225-30.
 42. World Health Organization. *Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders (ICD-10)*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
 43. Earls F, Jung KG. Temperament and home environment characteristics as causal factors in the early development of childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26:491-8.
 44. Cameron JR, Rice D. Developing anticipatory guidance programs based on early assessments of infant temperament: Two tests of a prevention model. *J Pediatr Psychol* 1986;11: 823-8.
 45. Keogh BK. Applying temperament research to school. En: Kohnstamm G, Bates J, Rothbart M, eds. *Temperament in Childhood*. Chichester: Wiley & sons; 1989. p. 437-51.
 46. Sanson A, Prior M, Oberklaid F. Normative data on Temperament in Australian infants. *Aust J Psychol* 1985;37: 185-95.
 47. Carey WB. Clinical interactions of temperament: transitions from infancy to childhood. En: Plomin R, Dunn J, eds. *The Study of Temperament: Changes, continuities and challenges*. Erlbaum, Hillsdale; 1986. p. 151-62.
 48. Johnson JM. The tendency for temperament to be "temperamental": Conceptual and methodological considerations. *J Pediatr Nursing* 1992;7:347-53.
 49. Weissbluth M. Sleep-loss stress and temperamental difficulty: Psychobiological processes and practical considerations. En: Kohnstamm G, Bates J, Rothbart M, eds. *Temperament in Childhood*. Chichester: Wiley & sons; 1989. p. 357-76.
 50. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development* 1987;58:1459-73.
 51. Goodyer IM, Ashby L, Altham PME, et al. Temperament and Major depression in 11 to 16 years. *J Child Psychol Psychiatr* 1993;34:1409-23.
 52. Cadoret RJ. Genotype-environmental interaction in antisocial behaviour. *Psychol Med* 1982;12:235-9.
 53. Plomin R, De Fries JC, Fulker DW. *Nature and nurture during infancy and childhood*. Cambridge: Cambridge University Press; 1988.
 54. Kolvin I, Miller FJW, Scott DM, et al. Continuities on deprivation? The Newcastle 1000 family study. *ESRC/DHSS. Studies Deprivation Disadvantage* 1990;15:379-93.
 55. Garralda ME. Investigación en Psiquiatría del Desarrollo. *Rev Psiquiatr Infantojuvenil* 1991;91(3):167-76.
 56. Neziroglu F, Hoffman J, Yaryura-Tobias JA, et al. Current issues in behavior and cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrum* 1996;1:47-54.
 57. Buttholph L, McDougle CJ. Managing obsessive-compulsive patients in conjunction with the nonspecialist. *CNS Spectrums* 1996;1:56-61.
 58. Department of Health, Welsh Office. *Child protection: clarification of arrangements between the NHS and other agencies*. London: Department of Health; 1994.

59. Garralda ME. Primary care psychiatry. En: Rutter M, Taylor E, Hersow L, eds. Child and adolescent psychiatry: modern approaches. Oxford: Blackwell; 1994. p. 1055-70.
60. Jaffa T. Adolescent psychiatry services. *Br J Psychiatry* 1995;166:306-10.
61. Gorman DM. Are school-based resistance skills training programs effective in preventing alcohol misuse? *J Alcohol Drug Educ* 1995;4:74-98.
62. Kazdin AE. *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*. Vol. 9. California: Sage; 1987. p. 95.
63. Weisz JR, Weiss B, Donenberg GR. The lab versus the clinic: Effects on child and adolescent psychotherapy. *Am Psychologist* 1992;47:1578-85.
64. McElroy S, Keck PE. Misattribution of eating and obsessive compulsive disorder symptoms to repressed memories of childhood sexual or physical abuse. *Biol Psychiatry* 1995;37:48-51.
65. Oates RK, Bross DC. What have we learned about treating child physical abuse? A literature review of the last decade. *Child Abuse Neglect* 1994;18:203-11.
66. Dishion TJ, Andrews DW. Preventing escalation in problem behaviours with high risk young adolescents: immediate and one-year outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:538-48.
67. Webster-Stratton C, Kolpakoff M, Hollinsworth T. Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: Comparison with two cost-effective treatments and a control group. *J Consulting Clin Psychol* 1988;56:558-66.
68. Tremblay RE, Pagani-Kutz L, Masse LC, et al. A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: its impact through mid-adolescence. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:560-8.
69. Finkelhor D, Berliner L. Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1408-23.
70. O'Donnell J, Hawkins J, Catalano R, et al. Preventing school failure, drug use, and delinquency among low-income children: long term intervention in elementary schools. *J Orthopsychiatry* 1995;65:87-100.
71. Knapp M. Economic Evaluations and Interventions for Children and Adolescents with Mental Health Problems. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:3-25.
72. Pearce J. Leading with Audit. En: Harris J, Black M, eds. *Child and adolescent psychiatry: a new century*. London: Royal College of Psychiatrists; 1996. p.117-31.
73. Seva Díaz A. La calidad de la asistencia psiquiátrica y la acreditación de sus servicios. Zaragoza; 1993. p. 178-205.
74. Matthews RCO. The economics of professional ethics: Should the professions be more like business? *Economic J* 1991;101:737-50.
75. Jenkins R. Towards a system of outcome indicators for mental health care. *Br J Psychiatry* 1990;157:500-14.
76. Subotsky F. Psychiatric treatment for children-the organisation of services. *Arch Dis Childhood* 1992;67:971-5.
77. Berger M, Hill P, Walk D. A suggested framework for outcomes in child and adolescent mental health services.
78. Torres AJ, Domínguez MD, Ferreiro D, Rodríguez A. Consumo de alcohol y antecedentes psiquiátricos en una muestra comunitaria de adolescentes. *Rev Psiq Infantojuvenil* 1992;92(1):12-7.
79. Mardomingo MJ, Gil S. Acontecimientos vitales y trastornos psiquiátricos en relación a la edad y el sexo. *Rev Psiq Infantojuvenil* 1992;92(2):82-9.
80. Jarne A, Requena E, Timón M, et al. Divorcio y respuesta psicopatológica en los niños. *Rev Psiquiatr Infantojuvenil* 1995;(4):212-20.
81. Martín Prieto MV, Bayona García MJ, Barderas E. Indicadores de salud (física y psíquica) en niños de la unidad de madres del centro penitenciario de Carabanchel. *Rev Psiquiatr Infantojuvenil* 1996;(3):166-72.

ANEXO 1

MEDIDAS DE CALIDAD DE ATENCIÓN

CALIDAD DE LAS NOTAS CLÍNICAS	Hª nº	Fecha		
		SI	PARCIAL	NO
1.1. Recepción:				
1.1.1. ¿Está especificado el demandante?		—	—	—
1.1.2. ¿Están claramente recogidas las expectativas y los objetivos de la demanda?		—	—	—
1.1.3. ¿Existe una primera valoración sobre la decisión de aceptar el caso?		—	—	—
1.1.4. ¿Se devuelve información inicial al demandante?		—	—	—
1.1.5. ¿Existe constancia escrita del contenido de la primera información al paciente y su familia?		—	—	—
1.2. Historias clínicas.				
1.2.1. ¿Está completa la información de filiación?		—	—	—
1.2.2. ¿Se completa una historia clínica protocolizada?		—	—	—
1.2.3. ¿Están fechadas las actuaciones?		—	—	—
1.3. Diagnóstico.				
1.3.1. ¿Se especifica alguna actuación protocolizada para llegar al diagnóstico?		—	—	—
1.3.2. ¿Hay referencia razonada del diagnóstico?		—	—	—
1.3.3. ¿Existe constancia del contenido del informe diagnóstico y pronóstico a la familia?		—	—	—
1.4. Tratamiento.				
1.4.1. ¿Se informa a la familia del proyecto terapéutico, sus objetivos, posibles riesgos y beneficios y alternativas terapéuticas posibles?		—	—	—
1.4.2. ¿Están concretados los objetivos del tratamiento?		—	—	—
1.4.3. ¿Hay constancia de la solicitud de consentimiento para el tratamiento?		—	—	—
1.4.4. ¿Se especifica algún protocolo para el desarrollo del tratamiento?		—	—	—
1.4.5. ¿Están fechadas las actuaciones?		—	—	—
1.4.6. ¿Hay constancia de revisiones del tratamiento y de la evolución?		—	—	—
1.5. Alta.				
1.5.1. ¿Existe informe de alta?		—	—	—
1.5.2. ¿Se compara el resultado con los objetivos iniciales?		—	—	—
1.5.3. ¿Se especifica algún tipo de seguimiento?		—	—	—

EVALUADO POR: _____

ANEXO 2 (Hoja 1)

INICIALES: SEXO: F M Fecha de nacimiento: N° Hist.:
 Fechas 1) evaluación: 2) Inicio tto: 3) Alta:
 Diagnóstico principal: Código:

A. CARACTERÍSTICAS DEL CASO.

1. COMPLEJIDAD: 1.1. Nula o muy escasa
 1.2. Leve
 1.3. Moderada
 1.4. Alta o muy alta
 1.9. No evaluada
2. SEVERIDAD: 2.1. Leve
 2.2. Moderada
 2.3. Alta o muy alta
 2.9. No evaluada
3. DURACION: 3.1. Menos de 1 mes
 3.2. Entre 1 y 3 meses
 3.3. Entre 3 y 12 meses
 3.4. Entre 12 y 36 meses
 3.5. Más de 36 meses
 3.9. No evaluada

4. DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS Y POR EJES (Codificados):

Eje I:	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
Eje II:	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____
Eje III:	_____	_____	_____	_____
Eje IV:	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____
Eje V:	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____
Eje VI:	_____	_____	_____	_____

B. GRADO DE COMPLEJIDAD DE LA GESTIÓN TERAPÉUTICA.

1. CUMPLIMIENTO DEL PACIENTE:

	Previsto	Obtenido
1.1. Completo	_____	_____
1.2. Parcial	_____	_____
1.3. Escaso	_____	_____
1.4. Nulo	_____	_____
1.5. Difícil de valorar	_____	_____
1.6. Oposición activa	_____	_____
1.9. No evaluado	_____	_____

2. CUMPLIMIENTO DE LA FAMILIA:

	Previsto	Obtenido
2.1. Completo	_____	_____
2.2. Parcial	_____	_____
2.3. Escaso	_____	_____
2.4. Nulo	_____	_____
2.5. Difícil de valorar	_____	_____
2.6. Oposición activa	_____	_____
2.9. No evaluado	_____	_____

3. CIRCUNSTANCIAS EXTERNAS:

	Al inicio	Al final
3.1. Muy favorables	_____	_____
3.2. Algo favorables	_____	_____
3.3. Neutras	_____	_____
3.4. Algo desfavorables	_____	_____
3.5. Claramente desfavorables	_____	_____
3.6. Difíciles de valorar	_____	_____
3.9. No evaluadas	_____	_____

C. TRATAMIENTO.

	Al inicio	Al final
1. Asesoramiento/Apoyo padres	_____	_____
2. Terapia individual	_____	_____
3. Terapia de grupo	_____	_____
4. Terapia de familia	_____	_____
5. Psicofarmacológico	_____	_____
6. Otro: _____	_____	_____
7. Mixto (marcar): 1 2 3 4 5 6	_____	_____
8. Sin tratamiento	_____	_____
9. No especificado	_____	_____

ANEXO 2 (Hoja 2)

D. EVOLUCION AL FINAL DEL TRATAMIENTO.

- 1 CLÍNICA:
 - 1.1. Objetivos totalmente alcanzados
 - 1.2. Objetivos casi completados
 - 1.3. Problemas parcialmente resueltos
 - 1.4. Problemas sin resolver
 - 1.5. Empeoramiento
 - 1.6. Evaluado e informado pero no tratado
 - 1.7. Otros casos
2. SEGÚN LOS OBJETIVOS INICIALES DE LOS DEMANDANTES:
 - 2.1. Totalmente conseguidos
 - 2.2. Parcialmente conseguidos
 - 2.3. No conseguidos
 - 2.4. No aplicable (petición propia o de padres)
 - 2.9. No contrastada
3. SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE:
 - 3.1. Muy útil
 - 3.2. Útil
 - 3.3. Algo útil
 - 3.4. No le ha supuesto ayuda
 - 3.5. Peor
 - 3.6. No aplicable (niños pequeños)
 - 3.9. No contrastada
4. SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOS PADRES O CUIDADORES:
 - 4.1. Muy útil
 - 4.2. Útil
 - 4.3. Algo útil
 - 4.4. Sin cambios
 - 4.5. Peor
 - 4.9. No contrastada
5. SEGÚN LA OPINIÓN FINAL DE LOS DEMANDANTES:
 - 5.1. Muy útil
 - 5.2. Útil
 - 5.3. Algo útil
 - 5.4. Sin cambios
 - 5.5. No aplicable (petición propia o de padres)
 - 5.9. No contrastada

E. EVOLUCIÓN DURANTE EL SEGUIMIENTO.

	Hasta 6 meses	Hasta 18 meses	Más de 18 meses
1. CLÍNICA:			
1.1. Mantenido	_____	_____	_____
1.2. Mejor que al alta	_____	_____	_____
1.3. Algo peor que al alta	_____	_____	_____
1.4. Mucho peor que al alta	_____	_____	_____
1.5. Otro trastorno nuevo	_____	_____	_____
1.6. Desconocida	_____	_____	_____
1.9. No evaluada	_____	_____	_____
2. SEGÚN EL PACIENTE			
2.1. Mantenido	_____	_____	_____
2.2. Mejor que al alta	_____	_____	_____
2.3. Algo peor que al alta	_____	_____	_____
2.4. Mucho peor que al alta	_____	_____	_____
2.5. Otro problema nuevo	_____	_____	_____
2.9. No evaluada	_____	_____	_____
3. SEGÚN LOS PADRES			
3.1. Mantenido	_____	_____	_____
3.2. Mejor que al alta	_____	_____	_____
3.3. Algo peor que al alta	_____	_____	_____
3.4. Mucho peor que al alta	_____	_____	_____
3.5. Otro problema nuevo	_____	_____	_____
3.9. No evaluada	_____	_____	_____