

J. L. Pedreira Massa

La epidemiología en Psiquiatría y
Salud Mental de la infancia y la
adolescencia en la actualidad:
límites y perspectivas

Unidad Salud Mental Infantil de Avilés,
Área Psiquiatría,
Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo
(Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Asturias)

*Epidemiology in child and
adolescent psychiatry: today and
future*

RESUMEN

La epidemiología constituye un método de análisis de la realidad clínica y un instrumento de investigación de los trastornos mentales y emocionales de la infancia y la adolescencia. La metodología de investigación epidemiológica requiere: unificar el criterio de caso, uso de los sistemas de registro acumulativo de casos y la eficacia y efectividad de los tratamientos por medio de investigaciones de seguimientos longitudinales.

PALABRAS CLAVE

Epidemiología; Salud mental; Infancia; Investigación.

ABSTRACT

The epidemiological approach in child and adolescent psychiatry is a good method in order to analyse the clinical stage and a research instrument of mental and emotional disorders in childhood and adolescence. The correct methodology in epidemiological research needs: unifying the diagnostic case criteria: developing the accumulative psychiatric case registers and longitudinal follow-up researchs in order to evaluate the treatment's efficacy and effectiveness.

KEY WORDS

Epidemiology; Mental health; Childhood. Research.

120 INTRODUCCIÓN

La definición enunciada por Lilienfeld⁽⁹⁾ de epidemiología como la disciplina dedicada al estudio de la distribución de una enfermedad en el espacio y en el tiempo dentro de una determinada población, así como la descripción y detección de los factores que influyen sobre esa distribución, pensamos que aún hoy tiene toda su validez. Muñoz⁽¹⁵⁾, lo expresa de una forma más gráfica: "La epidemiología psiquiátrica investiga sobre quienes, dónde, cuándo y, eventualmente, por qué llegan a ser enfermos mentales los individuos. Constituye, así, un cuerpo de conocimientos fundamental dentro del campo de la Psiquiatría Social que va a servir no sólo para el desarrollo racional y planificado de los servicios asistenciales psiquiátricos y de programas de Psiquiatría Preventiva, sino también como aportación de información básica sobre la que se pueden construir unas bases para una teoría de la salud y la enfermedad mental".

En el terreno de la Epidemiología en Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia se podrían añadir algunas cuestiones más que se incluyen en las preocupaciones de la Epidemiología: qué trastornos son propios del momento evolutivo y cuáles son los que no se corresponden con esa situación y el seguimiento longitudinal de los trastornos para intentar delimitar la evolución de ellos en la vida adulta y/o su especificidad.

Estamos con Kövess⁽⁶⁾ que a lo largo del tiempo han existido diversas preocupaciones con la epidemiología psiquiátrica: buscar un lenguaje común (con la especial relevancia de intentar realizar una nosología psiquiátrica adecuada), detectar lo que se ve (la consecuencia lógica fueron los intentos de recoger datos adecuados y que aportaran información sobre la naturaleza y características de los padecimientos mentales), detectar casos nuevos (fue la época de la realización de cuestionarios y *check list*) y, por fin, una nueva búsqueda de un lenguaje común (ya con unas perspectivas más actualizadas e intentando unificar tendencias teóricas y modelos comprensivos).

LA EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA

La epidemiología clínica participa tanto de la investigación y práctica clínicas como de la investigación y práctica epidemiológicas (Fig. 1). Por lo tanto establece

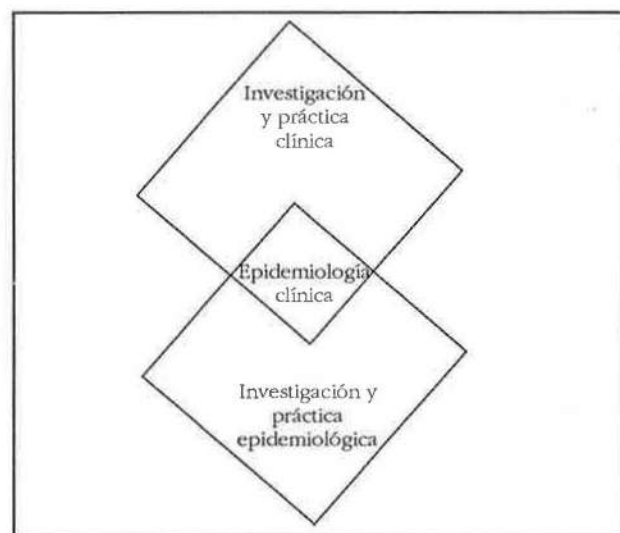


Figura 1. Lugar de epidemiología clínica.

un puente entre ambas situaciones y obtiene equivalencias de tipo científico:

1. Tareas del investigador:
 - 1.1. Recolecta datos.
 - 1.2. Sistematiza los datos recogidos.
 - 1.3. Establece hipótesis.
 - 1.4. Caso de que las hipótesis no se confirmen debe formular hipótesis alternativas.
 - 1.5. Realiza un diseño de investigación.
 - 1.6. Interpreta los resultados con dos posibilidades: como una nueva hipótesis o realizando una posible generalización conceptual.
2. Las tareas del clínico son superponibles:
 - 2.1. La Propedéutica se encarga de la recogida de los síntomas y signos de los procesos.
 - 2.2. La Semiología sistematiza la recogida de los datos clínicos con un sentido preciso.
 - 2.3. El diagnóstico de presunción es el primer acercamiento en el juicio clínico.
 - 2.4. Establecer el juicio clínico supone descartar otras posibilidades, lo que se encuadra en el proceso de diagnóstico diferencial.
 - 2.5. Se precisa establecer un plan diagnóstico y terapéutico adecuado.
 - 2.6. La interpretación de los datos puede conducir a la elaboración de un pronóstico, lo que tiene un triple interés: para el propio paciente, para la

Tabla 1 Validez de los instrumentos de screening en salud mental infantil

	Derivado (caso)	No Derivado (no caso)
Screening (+)	A Verdadero positivo	B Falso positivo
Screening (-)	C Falso negativo	D Verdadero negativo
Sensibilidad =	$\frac{A}{A+C} \times 100$	Especificidad = $\frac{D}{B+D} \times 100$

familia y la comunidad y para la propia ciencia de la salud.

METODOLOGÍA EN LA EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN LA INFANCIA

Desde los iniciales estudios de Lewis sobre la Deficiencia Mental hasta los más modernos de Rutter y cols, centraron una metodología y unos procedimientos de investigación adecuados, que se han generalizado como los *Métodos en Doble Fase*.

El uso de escalas de screening en la población general pretende dividir a la población estudiada en dos grandes grupos: aquellos individuos que deben ser derivados a un servicio especializado y constituyen el diagnóstico de caso y, en segundo lugar, el grupo de sujetos que no deben ser derivados y que, por lo tanto, no son caso^(2, 6, 16). Un estudio más pormenorizado de ambos grupos ha constatado lo siguiente: entre los casos que obtienen una puntuación suficiente para ser derivados a los servicios especializados, hay algunos sujetos que no poseen patología tras la correspondiente evaluación clínica, por lo tanto son falsos positivos. Y al contrario, entre los sujetos que habían sido catalogados como negativos en la prueba elegida pueden existir algunos con posibles trastornos psicopatológicos, serían los falsos negativos. De la relación existente entre estos grupos se obtiene la sensibilidad y fiabilidad de la prueba, tal y como se esquematiza en la tabla 1^(5, 6, 25, 29).

Con el fin de detectar los errores en las escalas diagnósticas y corregir de forma adecuada las tasas de

los trastornos en la población general, es por lo que se emplean, con más precisión si cabe en la etapa infanto-juvenil que en la edad adulta, los estudios de investigación en doble fase: en la primera unas escalas de screening y en la segunda una entrevista clínica semi-estructurada o estructurada como soporte de una evaluación clínica.

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

1. *Escalas y check list*: En un reciente trabajo, próximo a aparecer, revisamos las diferentes escalas utilizadas para los *screening* de trastornos mentales en la infancia. De dicho estudio podemos concluir:
 - 1.1. Se precisan múltiples informantes en la etapa infanto-juvenil, incluso para la primera fase, dado que tanto los padres como los pediatras por sí mismos sólo son capaces de detectar una parte de la demanda que, en todo caso, no supera el 50% a la hora de la derivación a un servicio especializado sobre lo detectado⁽⁴⁾.
 - 1.2. La evolución de los niños/as obliga no sólo a informantes múltiples, sino también a elaborar perfiles conductuales para cada etapa evolutiva⁽¹⁾.
 - 1.3. Existen estudios que permiten observar la concordancia entre las opiniones aportadas por los padres, maestros y los propios niños/as acerca de los problemas del desarrollo, comportamiento o emocionales^(17, 29).
 - 1.4. En nuestra opinión existen suficientes instrumentos de screening de tipo general para la detección de la mayoría de los trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia. En este sentido no creemos conveniente un desarrollo cuantitativo mayor de este tipo de instrumentos, sino una mayor profundización y perfeccionamiento de los ya existentes.
 - 1.5. Por el contrario, se precisan más investigaciones para el desarrollo de instrumentos que midan trastornos psicopatológicos específicos, así como los correspondientes estudios de validación.
 - 1.6. En ocasiones existe un cierto solapamiento entre escalas de *screening* y escalas de evaluación clínico-psicopatológicas en esta etapa de la vida.

- 122 2. *Entrevistas estructuradas y semi-estructuradas*: se están comenzando a desarrollar este tipo de instrumentos para la infancia y la adolescencia. Algunas de ellas son de gran utilidad, no sólo para la investigación, sino también para la evaluación clínica cotidiana. De forma similar a lo anterior se podrían exponer una serie de características:
- 2.1. Se suelen basar en algún sistema de clasificación determinado, o en un concepto psicopatológico, p.e. en la utilización de criterios DSM-III-R o CIE 10.
 - 2.2. Son para el uso casi exclusivo de profesionales, precisando un entrenamiento previo para la correcta utilización de este tipo de instrumentos.
 - 2.3. Aunque existen las de tipo general, también hay un número determinado para la discriminación de algunos trastornos específicos.
 - 2.4. Un aspecto de procedimiento es que suelen ser evaluadas por varios profesionales, por lo que se puede emplear algún método complementario de observación, p.e. videos, espejos unidireccionales, etc.
3. *Clasificaciones de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia*: en un trabajo de revisión anterior hemos revisado las tablas de clasificación más frecuentemente utilizadas en esta etapa de la vida, dado que el diagnóstico de caso para las investigaciones epidemiológicas suele basarse en alguna de estas tablas diagnósticas:
- 3.1. La necesidad de empezar a usar criterios multiaxiales es ya imperiosa en la infancia y la adolescencia, ya que además de la tipificación del cuadro se precisa la repercusión evolutiva y una perspectiva psico-social y longitudinal, lo que es muy poco probable que pueda realizarse con tablas uniaxiales.
 - 3.2. Deben tenerse en cuenta varias posibilidades a la hora de la clasificación de los trastornos: existen tanto factores somáticos como psíquicos y sociales en la forma de expresión de los trastornos, pero también se ven condicionados por factores básicos del sujeto, por el desarrollo (tanto histórico como individual) y por la presencia de factores agudos y/o estresantes (Tabla 2)⁽¹⁸⁾.
 - 3.3. Existen algunos sistemas ya superados (p.e. CIE-9, CAB); otros discutibles pero que se utilizan con fines de investigación, aunque de forma limitada y parcial (p.e. la serie DSM-III y

DSM-III-R); otros sistemas con pretensiones más psicopatológicas (p.e. la Nueva Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales en la Infancia y la Adolescencia⁽¹⁴⁾); otros sistemas adecuados para la etapa infantil que están en un cierto proceso de actualización y de completarlos (p.e. la clasificación de Rutter, en que la OMS⁽³¹⁾ está estudiando completar con el Eje V de Trastornos psico-sociales e incorpora criterios CIE 10) y un sistema que presenta grandes posibilidades y esperanzas: la CIE-10⁽¹¹⁾, ya que incluye criterios de inclusión y exclusión, respecta y delimita las estructuras psicopatológicas, profundiza en algunas organizaciones evolutivas, incluye categorías dinámicas y permite una sistematización multiaxial (p.e. el estudio de Mezzich⁽¹³⁾ para la etapa adulta puede ser revisado y actualizado para la etapa infanto-juvenil, en esta labor estamos en estos momentos)⁽¹⁷⁾.

4. *Los registros Acumulativos de Casos Psiquiátricos para la Infancia y la Adolescencia (RACP-D)*: una tendencia actual de gran interés está constituida por las investigaciones de tipo longitudinal, tanto para la evolución de los trastornos mentales, como para el efecto de los tratamientos cuando se instauran de forma precoz. Aunque los RACP llevan más de 25 años de desarrollo⁽²⁶⁾, lo cierto es que en la etapa de la infancia y la adolescencia no han hecho más que iniciarse su uso. Hay que tener en cuenta que es un instrumento caro y que precisa unos objetivos claros para su implantación. Creemos que es un instrumento adecuado, a pesar de sus limitaciones, pero que precisa de una mayor profundización tanto conceptual como metodológica y de procedimiento. No obstante hay que señalar que para la investigación es el verdadero instrumento-reto, tal como en alguna publicación precedente hemos intentado señalar⁽²⁷⁾, en la actualidad nuestra profundización pasa por su utilización para el seguimiento longitudinal de determinados procesos psicopatológicos con las diferentes intervenciones terapéuticas diseñadas y registradas.

PERSPECTIVAS DE FUTURO

Sin pretender ser futurista, se pueden aventurar una serie de tendencias en las que se insiste desde diversos

Tabla 2 Sistemas diagnósticos en salud mental infanto-juvenil

	<i>Factor básico/dotación básico constitucional</i>	<i>Desarrollo/historia factor tiempo</i>	<i>Factor de riesgo/situación aguda</i>
Factores somáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Variantes constitucionales (neuropatías, displasias, etc) • Secuelas de factores pre o perinatales • Condiciones de la línea-base 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceleración • Retraso • Disarmonía ortogénica 	<ul style="list-style-type: none"> • Suceso agudo (enfermedad) • Cambio en las circunstancias de vida
Factores psíquicos	<ul style="list-style-type: none"> • Inteligencia • Extrovertido/introvertido • Estable/ inestable • Integrar/desintegrar (variación, psicopatías) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceleración/Retraso • Disarmonía desarrollo • Desviación desarrollo • Discontinuidad, defectos de la conducta o de la performance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suceso agudo (trauma) • Cambio en las circunstancias de vida (irritación)
Factores sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Status social • Background educativo • Familia (completa/incompleta) • Persistencia de factores coadyuvantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidad/discontinuidad (rupturas) • Adecuación al status • Deprivación • Estimulación 	<ul style="list-style-type: none"> • Suceso agudo (accidente, fatalidad)

grupos de investigadores en el campo de la epidemiología de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia:

1. *Tendencias en los estudios de investigación:* en general se pueden sintetizar en las siguientes tendencias. En la figura 2⁽²⁹⁾ se expone una visión de la evolución de las tendencias en este campo:
 - 1.1. Determinar las tasas de diferentes trastornos mentales en la infancia y la adolescencia.
 - 1.2. Depurar los aspectos de método y procedimiento.
 - 1.3. Conectar estudios psicopatológicos con la perspectiva epidemiológica.
 - 1.4. Buscar instrumentos para la evaluación diagnóstica más fiables y válidos.
 - 1.5. Profundizar en los estudios de tipo etiológico.
 - 1.6. No obstante parece que se desaconseja la realización de estudios epidemiológicos si no existe una cobertura asistencial que pueda asumir la patología detectada de forma conveniente^(22, 23).
2. *Diagnóstico de caso:* para este apartado se constatan dos grandes grupos de intereses:
 - 2.1. *La evaluación diagnóstica:* tanto a nivel del proceso de evaluación como por los instrumentos a utilizar. El uso de escalas para grupos de trastornos específicos y la construcción y

posterior desarrollo de modelos de entrevistas clínicas aplicadas a la etapa infanto-juvenil. En este apartado tanto la informática aplicada a este campo como los estudios estadísticos tienen un lugar de singular relevancia.

- 2.2. *Las clasificaciones de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia:* independientemente de lo dicho con anterioridad hay que constatar la necesidad de establecer con rigor creciente los criterios diagnósticos que se utilizan en cada categoría clínica, también se precisa diferenciar claramente entre sistema de clasificación y psicopatología. Parece adecuado incluir las "formas de expresión" más que los contenidos demasiado cargados de connotaciones patológicas, es decir se precisa respetar el propio proceso evolutivo. En este sentido el desarrollo de clasificaciones multiaxiales se está haciendo cada vez más necesario, sobre todo para delimitar los aspectos que corresponden a los diferentes ejes.
3. *Los registros acumulativos de casos psiquiátricos para la infancia y la adolescencia (RACP-IJ):* solucionar el concepto de caso y un sistema de clasificación es algo de singular importancia para el desarrollo de este tipo de instrumento. Hay que aclarar

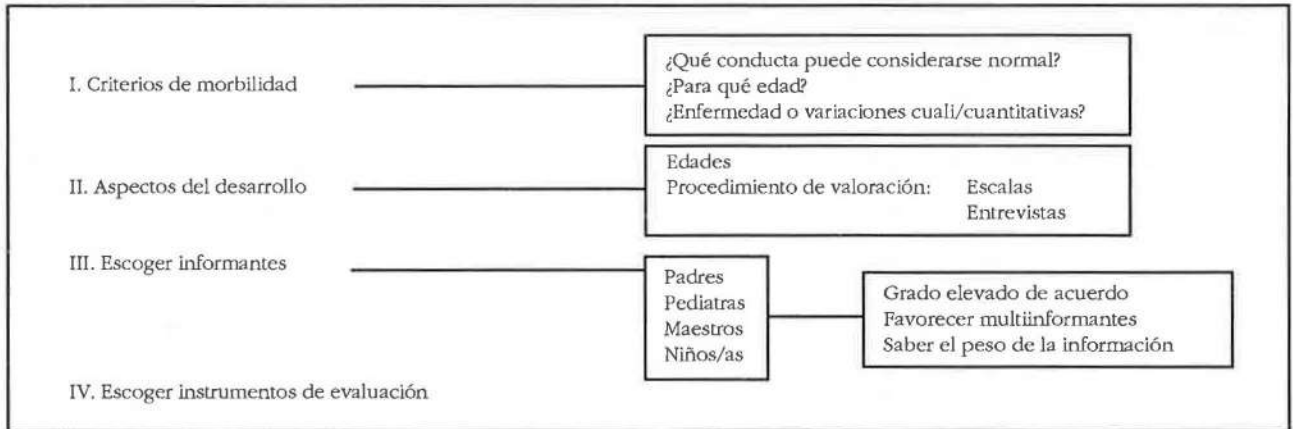


Figura 2. Estudios epidemiológicos en salud mental infanto-juvenil.

que un RACP no soluciona los problemas, sino que los pone en evidencia al objetivarlos. Por esta razón es un instrumento básico para poder analizar con seriedad y rigor las investigaciones de tipo longitudinal. Esta longitudinalidad intenta dar cuenta de tres aspectos:

- 3.1. El recorrido de la demanda: Desde la comunidad hasta su llegada a los servicios especializados.
- 3.2. La evolución de los procesos: Lo que tiene una gran relevancia para la psicopatología del desarrollo y, sobre todo, para comprender las bases

y formas de presentación inicial de cierto tipo de trastornos mentales de la edad adulta.

- 3.3. La relación existente entre tratamiento establecido-etapa en que se instauró-resultado al cabo del tiempo. Completa los puntos anteriores, aportando una perspectiva de intervención de gran sutileza (Fig. 3)⁽²¹⁾.
4. *Intervenciones prioritarias*: está enlazado con el punto anterior, por lo que tiene un contenido evaluador de gran importancia, sobre todo a dos niveles: el terapéutico y el preventivo. Pero también

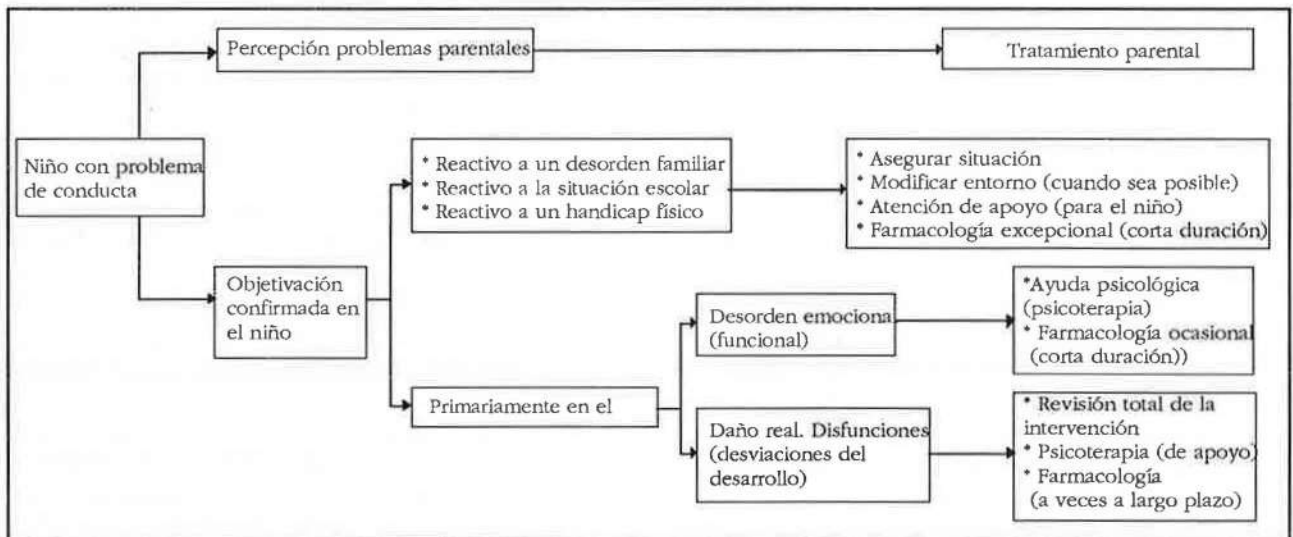


Figura 3. Esquema de intervención en los trastornos psiquiátricos de la infancia y adolescencia.

Tabla 3 Necesidades de entrenamiento en salud mental infantil para los profesionales de la atención primaria (OMS)

1. Capacidad de respuesta adecuada ante diversos problemas prevalentes (p.e. retraso mental, afecciones crónicas, integración, etc.).
2. Capacidad para indicar y utilizar otras agencias cuando no se puede dar cobertura desde el propio servicio.
3. Trabajo de discusión de casos, seminarios y supervisiones para abordar los problemas que surjan y poder asumir seguimientos evolutivos.
4. Precaución en la introducción de nuevas técnicas hasta que no se encuentren correctamente evaluadas.
5. Vigilancia continua para evaluar los programas formativos.

en ambos hay que incluir los períodos evolutivos críticos, los factores de vulnerabilidad y riesgo para cada etapa madurativa y evolutiva, etc.

4.1. Intervenciones terapéuticas: Va en el sentido de lo que se denomina "patrón de utilización de servicios asistenciales", intentando señalar las que son más pertinentes para cada situación en concreto. No sólo tiene que ver con la eficacia y eficiencia en términos económicos, sino también para evaluar las necesidades formativas de los profesionales y las necesidades de servicios asistenciales específicos⁽⁷⁾.

4.2. Intervenciones preventivas: En un estudio del pasado año de revisión realizado por

Tabla 4 Entrenamiento de profesionales de salud mental general en salud mental infantil (OMS)

1. Necesidades infantiles para alcanzar un desarrollo equilibrado.
2. Incluir a los profesionales en seguimientos directos y programados de desarrollo normal (individual y familiar).
3. Aprendizaje directo y supervisado en el contexto de desarrollo de los niños/as.
4. Mantener calidad de los contenidos del entrenamiento, aunque es preciso elevar el número de profesionales en formación.
5. Resaltar la importancia de la formación continuada (p.e. rotaciones periódicas por lugares apropiados).
6. Cursos mixtos con profesionales de diversas disciplinas y diferentes agencias que trabajen con la infancia.
7. Evolución continua de los programas formativos.

McGuire y Earls⁽¹²⁾ señalaban que la mayoría de los programas de tipo preventivo para los trastornos mentales de la infancia habían hecho gala de dos defectos metodológicos: la falta de homogeneidad en los diseños de investigación y la falta de evaluación a medio y largo plazo. En otras palabras: realizar programas preventivos implica también introducir el criterio de longitudinalidad y de formación de los profesionales, así la OMS^(30, 32) planteaba campos de formación en los profesionales (Tablas 3 y 4) con fines preventivos para los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Achenbach Th. Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology. London: Sage, 1985.
- 2 Aparicio V, García J, eds. *Nuevos sistemas de evaluación en Salud Mental: evaluación e investigación*. Oviedo: Principado de Asturias, 1990.
- 3 Bonet Pla A. *Estudio epidemiológico de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos infantiles en una muestra de niños de 8, 11 y 15 años en el Municipio de Valencia*. Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Valencia, 1991.
- 4 Costello EJ. Child psychiatric disorders and their correlates: a primary care pediatric sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:851-855.
- 5 Giel R y cols. The detection of childhood mental disorders in primary health care in some developing countries. En: Henderson-Burrows, eds. *Handbook of social Psychiatry*. Amsterdam: Elsevier, 1989:233-244.
- 6 Goldberg ID, Huxley P. *Enfermedad mental en la comunidad*. Madrid: Nieva, 1990.
- 7 Goldberg ID y cols. Mental health problems among children seen in pediatric practice: prevalence and management. *Pediatrics* 1984;73:189-196.
- 8 Kovess V. Épidémiologie des maladies mentales. *Encyclopédie Médico-Chirurgienne*. París: Psychiatries, 1986:1-2:17878-A10, 9.
- 9 Lilienfeld AM. Epidemiological methods and influences in studies of non-infection diseases. *Publ Health Rep* 1957;72:1-15.
- 10 López Acuña D. La epidemiología clínica. En: VVAA. *Fundamentos de la investigación clínica*. México: Siglo XXI: 1988:109-119.
- 11 López-Ibor JJ, ed. *CIE-10*. Madrid: Ediciones Científicas Beecham, 1993.
- 12 McGuire J, Earls F. Prevention of psychiatric disorders in early childhood. *J Child Psychol Psychiat* 1991;32:129-153.

- 126 13 Mezzich JE. On developing a psychiatric multiaxial schema for ICD-10. *Br J Psychiatr*. 1988;152(supl 1):38-43.
- 14 Mises R, Jeammet Ph. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiatr Infant* 1988;31:67-134.
- 15 Muñoz PE. Psiquiatría social. En: González de Rivera JL, Vela A, Arana J, eds. *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Karpos, 1979:1155-1175.
- 16 Muñoz PE y cols. Adaptación española del GHQ de Goldberg. *Archivos de Neurobiología* 1979;42:139-158.
- 17 Offord DR, Boyle HM, Racine Y. Ontario child health study: correlates of disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:856-860.
- 18 Pedreira JL, Rincón F. La clasificación de los trastornos mentales en psiquiatría infantil: comparación de los sistemas más frecuentes. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1989;17:407-416.
- 19 Pedreira JL. Psychiatric case register in child psychiatry: clinical management and epidemiological approach. En: Seva A, ed. *The European handbook of Psychiatry and mental health*, tomo I. Barcelona: Anthropos-Prensas Universitarias de Zaragoza, 1991:387-396.
- 20 Pedreira JL, Sánchez B. Primary care and screening instruments for mental disorders in children and adolescents. *Eur J Psychiatry* 1992.
- 21 Pedreira JL. *Protocolos de salud mental infantil para atención primaria*. Madrid: Ela-Arán, 1995.
- 22 Sardinero García E. *Salud mental en la etapa escolar*. Tesis doctoral. Oviedo: Universidad de Oviedo, 1993.
- 23 Shaffer D. Reliability and validity of a psychosocial axis in patients with child psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:109-115.
- 24 Spiel W. Some critical comments on the problems of classification and nomenclature in child and adolescent neuropsychiatry. En: Pichot P y cols, eds. *Psychiatry: the state of the art*, vol 5. New York: Plenum Press, 1985:1-7.
- 25 Rutter M, Graham Ph. The reliability and validity of the psychiatric assessment of the child. I. Interview with the child. *Br J Psychiat* 1968;114:563-579.
- 26 Ten Horn GHMM, Giel R, Gulbinat WH, Henderson JH. *Psychiatric case registers in public health*. Amsterdam: Elsevier, 1986.
- 27 Ten Horn GHMM, Pedreira JL. Epidemiología y registro de casos en salud mental infanto-juvenil. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1988;8:373-390.
- 28 Verhulst K. *Mental health in dutch children*. Rotterdam: University of Rotterdam, 1985.
- 29 Verhulst K. Epidemiología en psiquiatría infanto-juvenil. *Rev Psiquiatr* 1990;3:149-153.
- 30 WHO. *First contact in mental health care*. Copenhagen: Euro-Reports and studies Nº 92, 1986.
- 31 WHO. *Draft multiaxial classification of child psychiatric disorders*. Geneva: WHO, 1988.
- 32 WHO. *Promotion of psychosocial development in children through Primary Health Care Services*. Copenhagen: WHO-Europe, 1991.