

M. D. Domínguez Santos
A. Gómez Gracia
J. A. Mazaira Castro

Análisis de la demanda en población infanto-juvenil en Galicia

Servicio de Psiquiatría. Hospital Xeral de Galicia
(Clínico Universitario). Facultad de Medicina.
Santiago de Compostela

Correspondencia:

M^a Dolores Domínguez Santos. R/ Raiola 1
15702 Santiago de Compostela (A Coruña)

Comunicación de la ponencia oficial.
Reunión anual SEPIJ. Zaragoza.

Analysis of care seeking in the child-young population of Galicia

RESUMEN

Se realiza una revisión y un análisis preliminar de los datos obtenidos a través del sistema de Registro de Casos instaurados en la Comunidad Autónoma Gallega desde 1990.

Los parámetros estudiados son los siguientes: características generales de la población consultada, vías de acceso a la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, diagnóstico, actividad realizada y tiempo de permanencia en la consulta. A partir de ahí se hace una breve revisión sobre la asistencia proporcionada y las carencias del Registro de Casos para poder responder a las preguntas que nos formulamos desde la asistencia.

PALABRAS CLAVE

Demanda asistencial; Actividad terapéutica; Niños y adolescentes.

ABSTRACT

We made a revision as well as a preliminary analysis of data obtained from the Cases Register System, established in Galicia since 1990.

The analyzed parameters are as follows: general characteristics of consulted population, access ways to Child and Adolescent's Psychiatry Unity, diagnostic, therapeutic activity and staying time on dispensary. From that moment, we take a short revision about the provided assistance and the Cases Register deficiencies in order to answer the questions we find in assistential work.

KEY WORDS

Care seeking; Therapeutic activity; Child and Adolescent.

178 INTRODUCCIÓN

En julio de 1990 se pone en marcha el sistema de Registro de Casos para la información y evaluación del trabajo realizado en salud mental en Galicia. Dos años después tratamos de hacer un primer análisis del proceso de atención en Salud Mental Infanto-Juvenil en una unidad específica concreta, que comprende además algunos aspectos evaluativos de nuestra actividad.

La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, ubicada en el servicio de psiquiatría del Hospital Xeral de Galicia, funciona desde el año 1977. La dotación estable es de un psiquiatra general dedicado a la salud mental infanto-juvenil y un psicólogo. Coexiste en el mismo centro con la Unidad de Paidopsiquiatría del servicio de pediatría. La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil atiende un área teórica que no se cumple por dos razones: una el escaso desarrollo de la Reforma Sanitaria General y de la Reforma Psiquiátrica en Galicia, que ocasionan carencias de servicios básicos; otra las características geográficas de nuestra comunidad que dan lugar a que las áreas geográficas naturales no coincidan con las áreas administrativas delimitadas. En resumen y teóricamente, esta Unidad da servicio a un área atendida por tres C.S.M. (150.000 a 225.000 hab.) y a otra área en la que correspondería crear otros tres C.S.M.

OBJETIVOS

1. Analizar las características generales de la población infanto-juvenil atendida en la Unidad (1 a 16 años).
2. Conocer el modo de utilización que la población hace de los servicios asistenciales.
3. Revisar las características de la actividad asistencial realizada.
4. Comparar, aprovechando el instrumento común a todos los dispositivos que están funcionando, los datos obtenidos con los de otras unidades similares, para poder analizar las variaciones en relación con el nivel de desarrollo de la reforma en marcha.
5. Valorar la utilidad del sistema de registro de casos para dar respuesta a las preguntas que se formulan desde la asistencia.

El cuarto objetivo propuesto fue imposible de realizar dado el nivel de implantación y cumplimiento del propio Registro de Casos y del desarrollo de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.

MATERIAL Y MÉTODO

El material utilizado son los datos registrados de los 265 sujetos atendidos por primera vez en la unidad durante el período comprendido entre el 1 de julio de 1990 y el 30 de junio de 1992. Adjuntamos los modelos de registro (Anexo 1); cada sujeto tiene una hoja de datos básicos que se cubre la primera vez que acude a la consulta y luego es registrado en la hoja de actividades cada vez que es citado.

Realizamos, en primer lugar, una lectura descriptiva de los siguientes indicadores: edad, sexo, procedencia, clase social, vía de acceso a la unidad y diagnóstico.

En segundo lugar, observamos la distribución de las variables estudiadas en relación al diagnóstico realizado.

Por último, analizamos indicadores asistenciales tales como el tipo de actividad asistencial desarrollada, el índice de resolución y de abandono, globalmente y después en relación con la categoría diagnóstica establecida.

De todas las variables utilizadas hemos de comentar:

- La *edad* fue recodificada en tres grupos: G-1: 1 a 5 años; G-2: 6 a 11 años; G-3: 12 a 16 años.
- La *clase social*, ante la ausencia del dato objetivo, ha sido elaborada a partir de la información sobre el nivel de estudios y profesión de los padres; a partir de los datos obtenidos descartamos la presencia de clase alta en vista de su escasísima frecuencia. Quedan, por lo tanto, dos categorías: clase social baja y clase social media.
- La *vía de acceso* fue recodificada en cinco categorías: 1. Familia; 2. Especialistas (hospital, C.S.M. y privados); 3. Médicos de cabecera; 4. Escuela; 5. Otros (servicios sociales, inspección, etc).
- El *diagnóstico* también ha sido recodificado siguiendo la clasificación diagnóstica DSM-III-R, que fue el instrumento diagnóstico básico. Obtuvimos 11 categorías diagnósticas que son las siguientes:
 1. Factores V.
 2. Trastornos de la eliminación.
 3. Trastornos adaptativos.
 4. Trastornos por ansiedad.
 5. Trastornos por conductas perturbadoras.
 6. Retraso mental.
 7. Trastornos sintomáticos.
 8. Trastornos depresivos.
 9. Otros trastornos.

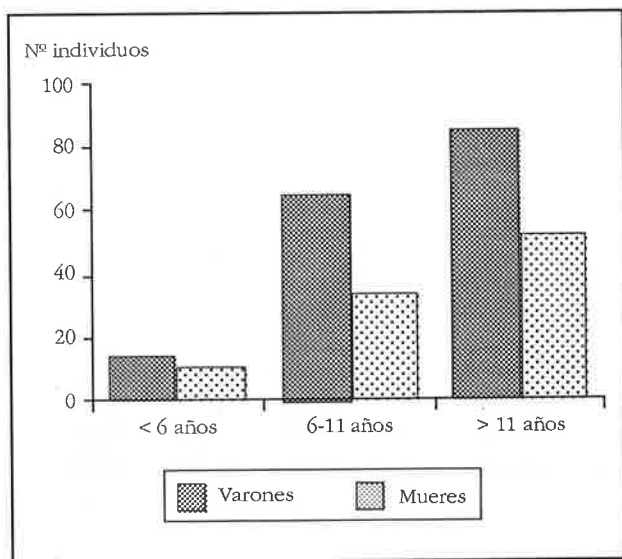


Figura 1. Distribución por edad y sexo.

10. Diagnóstico aplazado.

11. Ausencia de diagnóstico.

En la categoría siete, recogemos los trastornos por tics y los del sueño, que tienen una cierta incidencia de presentación (6,4%) como síntomas en la clínica infantil y que nos parecieron suficientemente específicos como para no incluirlos en otros.

En la categoría ocho, están recogidos 24 casos cuya dispersión diagnóstica es tan importante que ocasiona frecuencias menores del 1% de los casos, entre ellos hay que destacar los trastornos generalizados del desarrollo con una frecuencia de 0,8% (dos casos).

Los instrumentos estadísticos utilizados han sido la valoración porcentual y el χ^2 para las tablas de contingencia, contenido en el paquete estadístico SPSS/PC versiones 3.1 y 4.

RESULTADOS

Características de la población

Aparece un predominio de demandas de consulta en el sexo masculino, que se mantiene en los tres grupos de edad y se hace ostensible en el segundo grupo, en el que la demanda de varones es prácticamente el doble que la de mujeres (Fig. 1). Considerando exclusivamente la

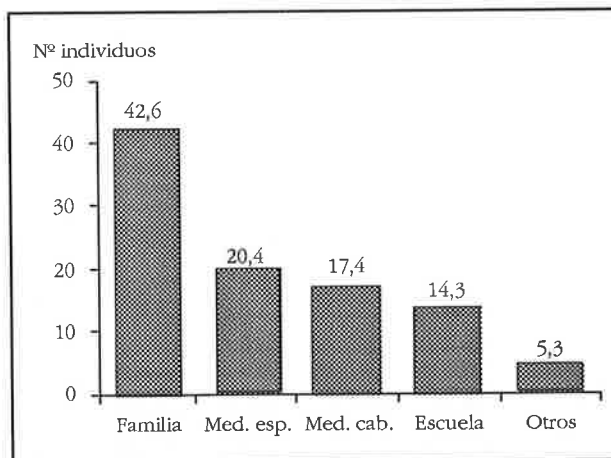


Figura 2. Vía de acceso.

edad aparece una tendencia a aumentar las demandas a medida que aumenta la edad.

La procedencia de nuestros pacientes es fundamentalmente rural y en lo que se refiere a la clase social, predominan las consultas de la clase baja sobre la media en una relación próxima a 2/1.

La vía de accesos a la consulta se produce en primer término a demanda de la familia (42,6%) y a bastante distancia porcentual le siguen los especialistas, en tercer lugar el médico de cabecera y por último la escuela (Fig. 2).

Hemos de comentar la escasa demanda de los C.S.M., 1,9% de la población, y del registro de urgencias del Hospital (considerado de referencia para Galicia) un 3% de la demanda.

La distribución por grupos diagnósticos pone de manifiesto una demanda de patología menor, en general, ya que son los factores V los que obtienen un mayor porcentaje seguidos de los trastornos de la eliminación, los trastornos adaptativos y trastorno de ansiedad en este orden. Entre las categorías diagnósticas que connotan mayor gravedad observamos un 4,5% de trastornos depresivos de los que sólo el 1,8% son diagnósticos de depresión con características psicóticas. Por otra parte, y como ya hemos señalado anteriormente, el diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo alcanza un 0,8% de la demanda.

Por último, hacer notar una frecuencia baja de diagnósticos aplazados y la frecuencia de sujetos que no son diagnosticados después de su demanda de consulta (8,3%) (Fig. 3).

180

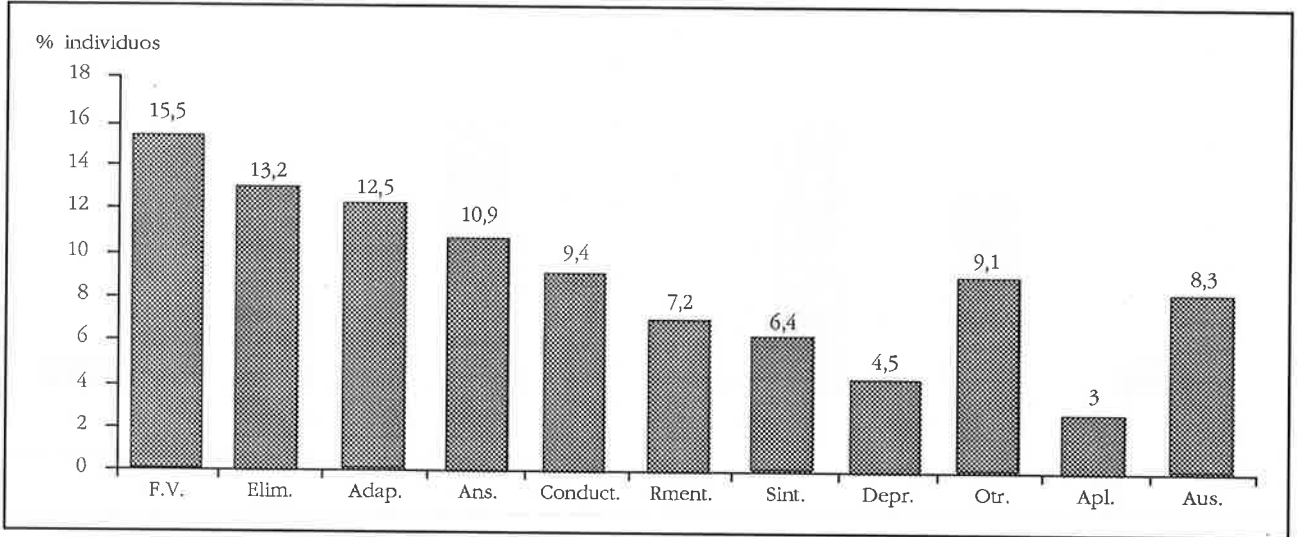


Figura 3. Diagnósticos.

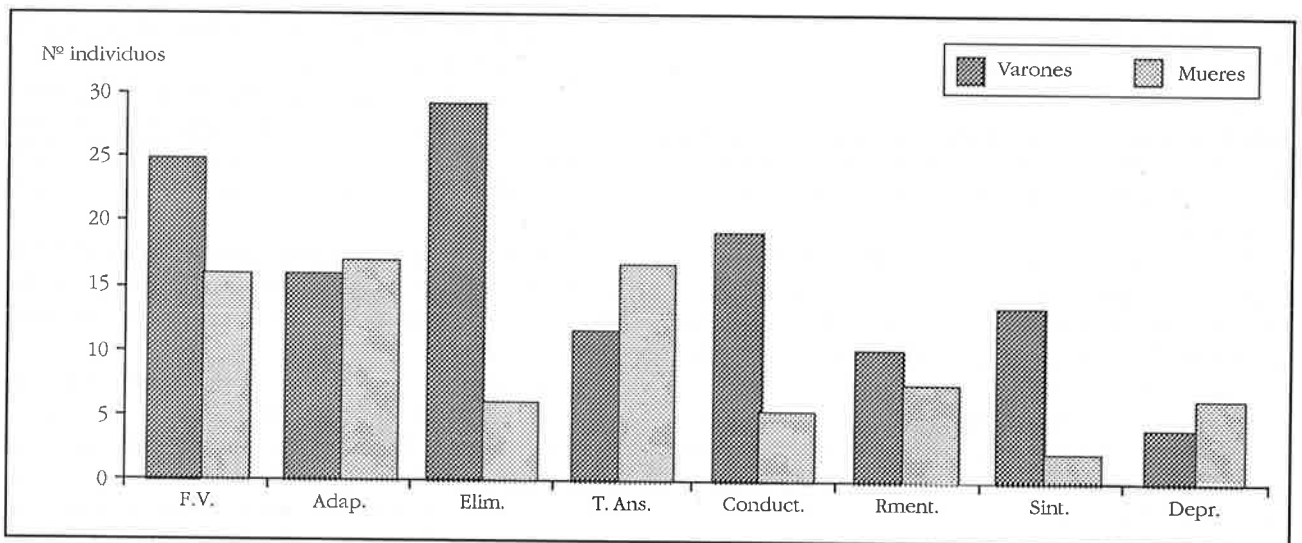


Figura 4. Diagnóstico por sexo.

En el análisis de los diferentes grupos diagnósticos en relación a las variables previamente estudiadas observamos perfiles diagnósticos diferentes si tenemos en cuenta el sexo, así en los Varones aparece mayor presencia de los diagnósticos: T. de la eliminación, Factores V y T. de la conducta; mientras que en las Mujeres el

orden es: T. adaptativos y T. de ansiedad, en primer lugar, seguidos de los factores V. Hay que destacar también la mayor incidencia de T. depresivos en este grupo (Fig. 4).

Al considerar los grupos de edad, los diagnósticos ya comentados se concentran en G-2 y G-3. Así el G-2

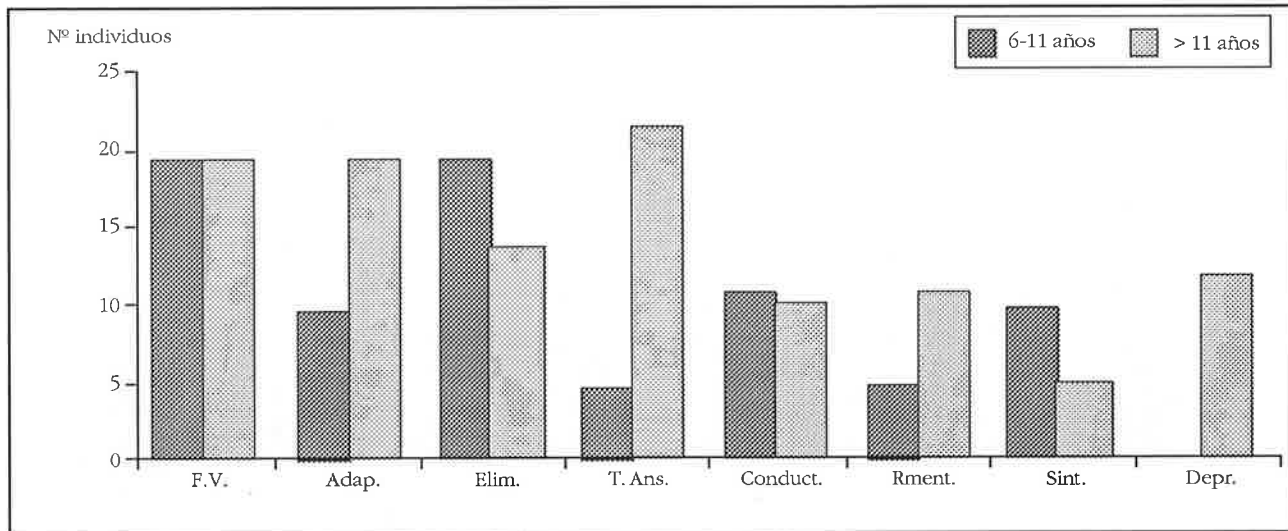


Figura 5. Diagnóstico por edades.

obtiene un perfil diagnóstico como sigue: Factores V, T. de la eliminación y T. de la conducta; mientras que el perfil de los adolescentes pone el primer término los T. de ansiedad y en segundo, los T. adaptativos y factores V, seguidos de los T. de la eliminación. Los T. depresivos aparecen únicamente en este grupo (Fig. 5).

En cuanto a la vía de acceso, encontramos que los Factores V son detectados de modo similar por los agentes que hemos considerado. El perfil de la familia detecta: Factores V, T. de la eliminación y T. de la conducta preferentemente, y también hace demandas que desembocan en Ausencia de diagnóstico. El perfil de los especialistas detecta: T. adaptativos en primer lugar, seguidos de T. de la eliminación, T. de ansiedad y Otros, siendo el agente que menos detecta los Factores V. El perfil del médico de cabecera detecta por igual Factores V, T. de ansiedad y T. de la eliminación. El perfil escolar detecta de modo similar los Factores V, T. adaptativos, T. de la conducta, Retraso Mental y Otros.

La patología depresiva es detectada fuera del campo de estos cuatro agentes, en los que hemos recogido como Otros y no aparece detectada nunca por la escuela.

En lo que se refiere a la relación entre diagnóstico y clase social, los perfiles son similares salvo en los T. sintomáticos que destacan en la clase baja y T. depresivos que destacan en la clase media (Fig. 6).

Actividad desarrollada

Aquí encontramos 1.443 registros que corresponden a toda actividad desarrollada con los 265 sujetos que fueron atendidos por primera vez, que se reducen a 1.162, con los que trabajaremos, después de suprimir los correspondientes a las actividades que corresponden a las primeras entrevistas.

La mayor parte de nuestra actividad se desarrolla en las consultas externas del Hospital, es una actividad programada; sólo un 3,5% de la actividad es no programada y se debe a consultas espontáneas y en mínima parte a consultas procedentes del Servicio de urgencias; y se invierte en tratamientos psicoterapéuticos individuales y familiares, predominantemente, y en revisiones y tratamientos farmacológicos, en segundo lugar (Fig. 7).

Los tratamientos de pareja no aparecen porque son considerados de familia, y no se desarrollan intervenciones psicoterapéuticas en la red comunitaria. No hubo actividad de Psicoterapia grupal en el período que estudiamos.

En resumen, la actividad terapéutica desarrollada es fundamentalmente la Psicoterapia, y en segundo término, los tratamientos farmacológicos; un pequeño grupo de registros se corresponden con tratamientos mixtos en los que utilizamos la medicación y la psicoterapia combinadas (Fig. 8).

182

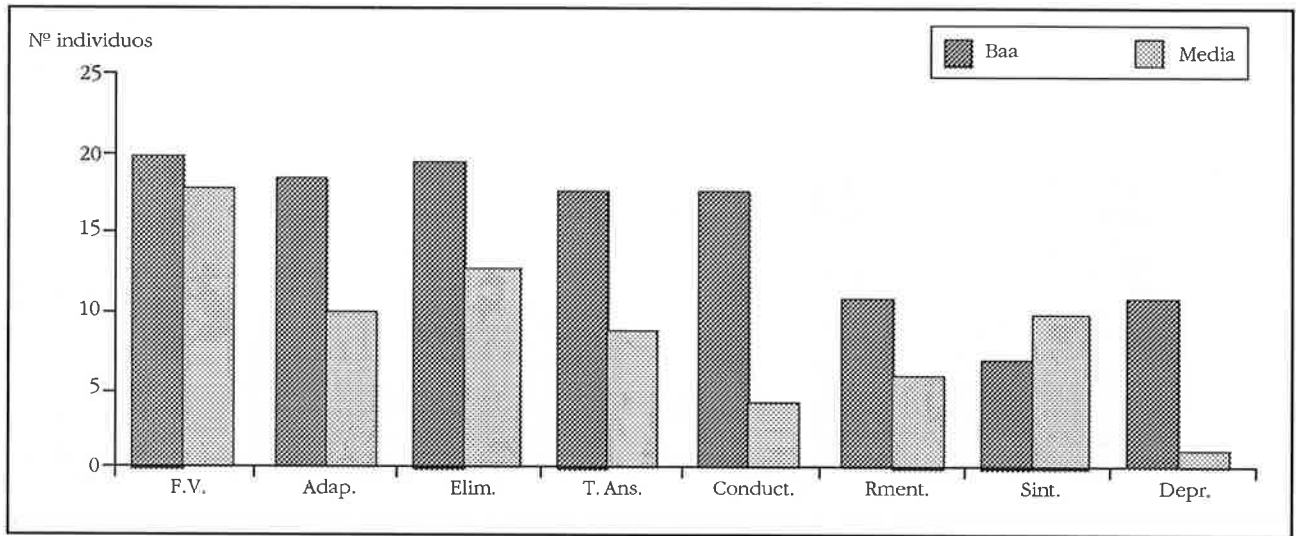


Figura 6. Diagnóstico por clase social.

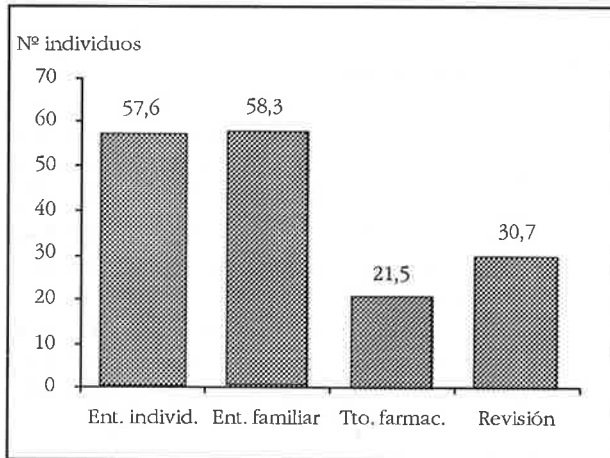


Figura 7. Actividades.

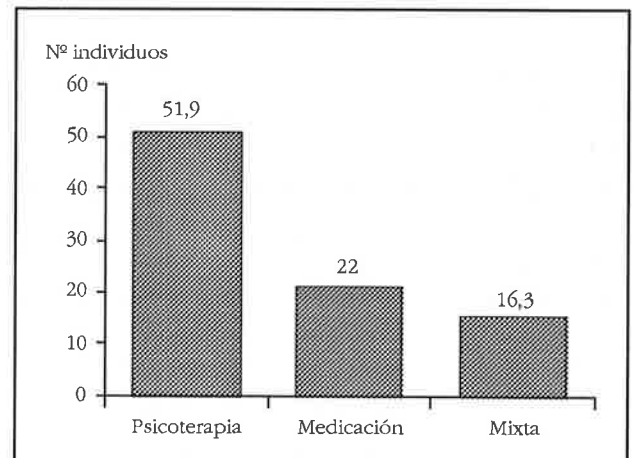


Figura 8. Actividades (agrupadas).

Otra de nuestras preocupaciones residía, como hemos dicho, en averiguar la evolución de nuestros pacientes. El índice de altas es de 34,3% aunque al considerar los sujetos con Ausencia de diagnóstico podría verse reducido (28,6%), mientras que el índice de abandono expresado es muy bajo (0,3%); este índice podría verse incrementado a partir de los registros "programado no acude" (7,2%), de los que parte derivan en abandono; de todos modos, sigue siendo bajo, pero no hemos podido estudiarlo mediante la fórmula de aban-

dono no expresado, cuando el paciente no retoma contacto en seis meses, por dificultades del propio registro.

El porcentaje de derivaciones es también bajo (2,1%) y quizás lo más destacable sea el elevado porcentaje de retención de los pacientes en la consulta.

Para terminar analizamos la actividad desarrollada en relación a los grupos diagnósticos. Las técnicas psicoterapéuticas se administraron con mucha frecuencia a los diagnósticos: T. de la eliminación, Factores V,

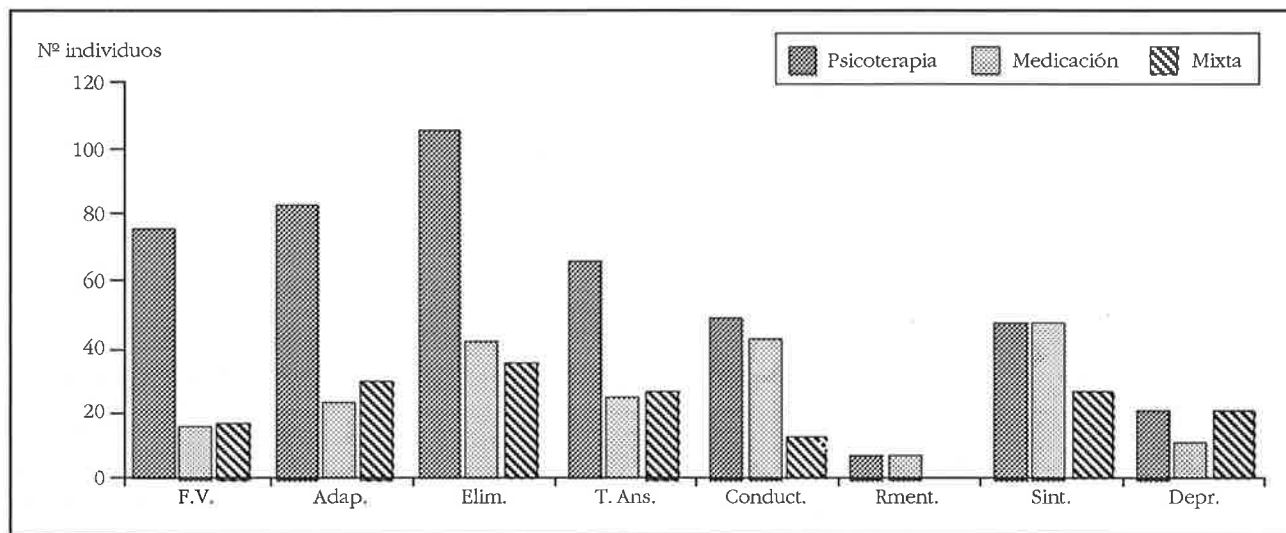


Figura 9. Actividades por diagnóstico.

T. adaptativos y T. de ansiedad. La medicación ha sido utilizada preferentemente en los T. sintomáticos, T. de la conducta y T. de la eliminación. Los tratamientos mixtos han sido empleados en los T. de la eliminación, T. adaptativos, T. de ansiedad, T. sintomáticos y T. depresivos, siendo en este último grupo la terapéutica predominante (Gráfico 9).

El nivel de absentismo a la consulta ha sido bajo, a nuestro juicio (7,9%), y se produce sobre todo en T. de la conducta, T. de la eliminación y T. adaptativos.

La atomización de los resultados en los restantes índices no permite otros análisis, salvo el comentario sobre las derivaciones que, si bien es escaso, se producen a C.S.M. en razón de los cambios de edad de nuestros pacientes y, en casos de retraso mental y T. de la conducta, a centros especializados que por otra parte no abundan en nuestra comunidad.

DISCUSIÓN

Encontramos, como en investigaciones semejantes, una notable diferencia en el número de consultas por sexo. Los varones consultan más que las mujeres en la etapa infanto-juvenil.

El G-2 es en el que las diferencias por sexo es más notable. En general los niños son percibidos como más

problemáticos que las niñas y la edad agudiza esta tendencia siendo en los niveles de edad inferiores en los que la diferencia por sexos es menor⁽¹⁻³⁾.

Detectamos en nuestra muestra, a diferencia de los autores ya citados, una vía de acceso a la unidad, en la que predomina la iniciativa familiar, si bien es cierto que es la concepción paterna la que tiene un peso específico en la decisión final de solicitar ayuda⁽⁴⁾. Nosotros consideramos que aún así es el escaso desarrollo de la Reforma Sanitaria y las peculiaridades de nuestra aceptación de la demanda, lo que provoca que la iniciativa de la consulta llegue sin ningún tipo de filtro a partir de la familia en la mayoría de nuestros pacientes.

Por lo que respecta a los diagnósticos, consideramos que, con los criterios utilizados, la problemática que detectamos entra dentro del grupo de la patología menor o ausencia de patología, ya que el mayor porcentaje de etiquetas diagnósticas se produce en una categoría que el DSM-III-R define como sin patología psiquiátrica aunque susceptible de tratamiento (Factores V); tanto en esta agrupación diagnóstica como en las que nosotros obtenemos con mayor frecuencia aparece la notable coincidencia con las investigaciones ya citadas, dato que hemos de tomar con la debida reserva ya que es difícil encontrar más de un autor que considere las mismas categorías diagnósticas; por otro lado en las patologías de mayor gravedad, en concreto en los

184 trastornos depresivos, encontramos una incidencia baja en nuestra población comparada con otros autores⁽⁵⁻⁷⁾.

Hemos hecho un notable esfuerzo para evitar la categoría de Diagnóstico aplazado que se producía en elevados porcentajes en relación, desde nuestro punto de vista, con el diseño del registro y la formalidad de su cumplimiento. El trabajo dedicado a la elaboración de grupos diagnósticos nos permitió hacer una reflexión coincidente también con otros autores⁽⁸⁾ sobre la escasa utilidad de los criterios DSM-III-R en la patología infantil que se caracteriza por su naturaleza inespecífica y que está siempre influida por los procesos madurativo y evolutivo propios de esta etapa.

Con respecto a la actividad desarrollada, también aparecen coincidencias notables con otros autores, por lo que parece haber una orientación predominante en Salud Mental Infanto-Juvenil de tipo psicoterapéutico, condicionada también por el predominio de patologías reactivas.

Así mismo y probablemente en relación con esta orientación citada, se producen altos índices de retención y bajos de salida de los pacientes. No hemos podido contrastar nuestros datos de abandono, aunque en otros trabajos aparecen índices muy superiores, consideramos, que no ha podido ser estudiado adecua-

damente. También hemos de decir que nuestra impresión global es la de que esta tendencia podría verse confirmada y probablemente está en relación con aspectos cualitativos de la actividad, que difícilmente se pueden valorar mediante Registro de Casos.

Para terminar hemos de hacer mención a la utilidad del Registro para nosotros. Por el momento no nos resulta útil para poder hacer estudios de seguimiento, esto es lógico dado el poco tiempo de instauración. Creemos que, tal y como ha sido estructurado, puede proporcionar muchísima información, porque también la pide, pero no cumple algunas de las características que se han señalado como necesarias⁽⁹⁾ tales como la simplicidad y sobre todo manejabilidad, la posibilidad de definir y redefinir problemas para que sirva para la planificación y ofrece muchas dificultades de trabajo para hacer realidad esos estudios longitudinales de los que hablábamos que, si bien son posibles, obligan a un trabajo exhaustivo que creemos que podría haberse evitado.

Algunas preguntas que dieron lugar a este trabajo no han podido ser ni planteadas ni contestadas debido a esta dificultad que señalamos y a la que hemos hecho alguna mención en los resultados. Ni que decir tiene que de todos modos lo consideramos útil pero intuimos que podría serlo más.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Goñi Sarries A, Cortaire Tirar R. Evaluación de la asistencia de la Salud Mental Infanto-Juvenil en Navarra. *Psiquis*. 1991;12:270-277.
- 2 Fernández Moreno A, Gómez-Ferrer Gorriz C, Pereyra Niño A. La enfermedad infanto-juvenil en la región de Murcia. *Rev. Psiqu. Inf.* 1991;1:27-39.
- 3 Rutter M, Tizard J, Withmore K. *Education health and behaviour*. Longman Group Ltd, Londres, 1970.
- 4 Ollendick T, Thersen M. *Psicopatología infantil*. Martínez Roca. Barcelona, 1988.
- 5 Weinberg WA, Rutman J, Sullivan I, Penick EC, Deitz SG. Depression in children referred to an educational diagnostic Center; diagnosis and treatment. *J Pediatr* 1973;83:1065-1072.
- 6 Kashani J, Cantwell D, Sherim W, Reid J. Major depressive disorder in children admitted to and in patient community Mental Health Center. *Am J Psy* 1982;139,5:671-672.
- 7 Lobowitz D, Handal P. Childhood depression: Prevalence using DSM-III. Criteria and validity of parent and child depression scales. *J Pediatr Psychol* 1985;10,1:45-54.
- 8 Pedreira JL, Rincón F. La clasificación de los trastornos en Psiquiatría Infantil: comparación de los sistemas más frecuentes. *Actas Luso-Esp. Neurol Psiquiatr* 1989;17,6:407-416.
- 9 Pedreira Massa JL. El registro acumulativo de casos psiquiátricos en la infancia y adolescencia: instrumento válido para la investigación y el seguimiento de tipo longitudinal. *Rev Psiqu Inf.* 1991;2:102-115.

Anexo 1



FOLLA DE NOTIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS INFANTO-XUVENIL

N.º DE REXISTRO DO CENTRO _____

N.º DE REXISTRO CENTRAL _____

5/10. NIVEL DE ESTUDIOS
0. Non procede.
1. Analfabeo.
2. Sen escolarizar (para nenos)
2. Lee e escribe (para adultos).
3. Preescolar (para nenos).
3. Estudos primarios (para adultos).
4. Educación especial.
5. Bacharelato elemental (EGB, FP1).
6. Bacharelato superior (BUP, FP2).
7. COU.
8. Estudos universitarios grao medio.
9. Estudos universitarios grao superior.

12. SITUACIÓN LABORAL
0. Non procede.
1. Nunca tivo traballo remunerado.
2. Non ten traballo remunerado.
3. Traballo fixo.
4. Traballo eventual.
5. Parado remunerado.
6. Parado sin remunerar.
7. Pensionista.
8. Xubilado.
9. Outra.

6. TIPO DE FAMILIA
1. Familia propia nuclear.
2. Familia propia ampliada.
3. Familia substitutiva nuclear.
4. Familia substitutiva ampliada.
5. Institución.
6. Outros.

13. CAPACIDADE LABORAL
0. Non procede.
1. Plena.
2. Incapacidade laboral transitoria.
3. Incapacidade permanente parcial.
4. Incapacidade permanente total.
5. Incapacidade permanente absoluta.
6. Gran incapacidade.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
1. CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN CONFIDENCIAL:	
1.a. Dúas primeiras letras dos dous apelidos	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.b. Sexo (1. Home, 2. Muller)	<input type="text"/>
1.c. Data de nacemento	<input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> ano
1.d. Provincia de nacemento (códigos dorso)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. DATA DA PRIMEIRA CONSULTA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DO CENTRO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

DATOS SOCIOLABORAIS	
4. CONCELLO DE RESIDENCIA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. ESTUDIOS DO PACIENTE	<input type="text"/>
6. TIPO DE FAMILIA	<input type="text"/>
7. ÍNDICE DE DISGREGACIÓN FAMILIAR	
7.a. Situación dos pais	Pai: <input type="text"/> Nai: <input type="text"/>
7.b. Malos tratos (0. Non procede, 1. Si, 2. Non)	<input type="text"/>
7.c. Escasez de recursos (0. Non procede, 1. Si, 2. Non)	<input type="text"/>
8. NÚMERO DE IRMÁNS (incluído o paciente)	<input type="text"/> <input type="text"/>
9. LUGAR QUE OCUPA O PACIENTE POR ORDE DE NACEMENTO	<input type="text"/> <input type="text"/>
10. ESTUDIOS DOS PAIS	Pai: <input type="text"/> Nai: <input type="text"/>
11. PROFESIÓN DOS PAIS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12. SITUACIÓN LABORAL DOS PAIS	<input type="text"/> <input type="text"/>
13. CAPACIDADE LABORAL DOS PAIS	<input type="text"/> <input type="text"/>
14. PROCEDENCIA (1. rural, 2. Semiurbana, 3. Urbana)	<input type="text"/>
15. HISTORIA DE EMIGRACIÓN (1. Si, 2. Non)	<input type="text"/>

Anexo 1 (continuación)

<p>7a. SITUACIÓN DOS PAIS</p> <p>0. Non procede 1. Dentro da normalidade 2. Ausencia por divorcio ou separación 3. Enfermidade psíquica 4. Toxicomanía 5. Emigración 6. Delinción</p>	<p>16. VÍA DE ACCESO</p> <p>01. A demanda da familia 02. Médico xeral ou APD 03. Médico especialista 04. Hospital 05. Urgencias 06. Ambulatorio (tipo C.S.M.) 07. Intermedio (tipo H.D.) 08. De internamento (tipo U.H.P.) 09. Servizos sociais 10. Sistema educativo 11. Institución xudicial 12. Dispositivo privado 13. Unidade de valoración de incapacidades 14. Inspección médica 15. Outros</p>	<p style="text-align: center;">ANTECEDENTES</p> <p>16. VÍA DE ACCESO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>17. CONSULTOU POR PROBL. PSIQ. ANTERIORMENTE (1. Si, 2. Non) <input type="checkbox"/></p> <p>18. TEN FAMILIARES DIRECTOS QUE RECIBAN OU RECIBIRAN TRAT. PSIQ. (1. Si, 2. Non) <input type="checkbox"/></p> <p>19. SEMÁNS TRANSCURRIDAS DENDE A APARICIÓN DA SINTOMATOLOXIA ACTUAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>20. PERSOAS PRESENTES NA CONSULTA <input type="checkbox"/></p>																					
<p>11. PROFESIÓN</p> <p>00. Non procede 01. Ama de casa 02. Traballador sen cualificar 03. Traballador cualificado 04. Estudante 05. Agricultor 06. Marxeiro 07. Técnicos e profesionais medios 08. Técnicos e profesionais superiores e profesionais liberais 09. Pequenos propietarios 10. Directivos, altos funcionarios e grandes empresarios 11. Militares 12. Sin profesión delimitada 13. Outros (artesáns, relixiosos...)</p>	<p>20. PERSOAS PRESENTES NA CONSULTA</p> <p>1. Só o paciente 2. Só co pai 3. Só coa nai 4. Con ambos dous pais 5. Con outros familiares 6. Con veciños/amigos 7. Con persoal docente 8. Con outras persoas</p>	<p style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">PRINCIPAL</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">SECUNDARIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CIE - 9</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DSM - III - R. Eixe I</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eixe II</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eixe III</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eixe IV</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eixe V</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		PRINCIPAL	SECUNDARIO	CIE - 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DSM - III - R. Eixe I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Eixe II	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Eixe III	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Eixe IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eixe V	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	PRINCIPAL	SECUNDARIO																					
CIE - 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
DSM - III - R. Eixe I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
Eixe II	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
Eixe III	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
Eixe IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Eixe V	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					

FOLLA DE NOTIFICACIÓN DE ACTIVIDADE

<p style="text-align: center;">TIPO DE CONSULTA</p> <p>1. Primeira. 2. Sucesiva 3. Retorno.</p>	<p style="text-align: center;">TIPO DE CITA</p> <p>1. Programada. 2. Programada, no acude. 3. Non programada. 4. Urgencia.</p>	<p style="text-align: center;">LUGAR DE CONSULTA</p> <p>01. Interna. 02. Domicilio. 03. Institución Residencial. 04. Centro de saúde. 05. Outro centro sanitario. 06. Centro social. 07. Centro escolar 08. Servizo de xusticia. 09. Outros. 10. Telefónica.</p>
<p style="text-align: center;">TIPO DE ACTIVIDADE</p> <p>01. Acollida da demanda e recollida de información. 02. Evaluación diagnóstica integral. 03. Entrevistas 04. Individual. 05. De parella. 06. De familia. 07. Grupal. 08. Diádica. 09. De rede comunitaria. 10. Tratamento farmacolóxico. 11. Coidados de enfermería. 12. Revisións 13. Intervencións en crise. 14. Interconsultas. 15. Xestións sociais. 16. Elaboración de documentos solicitados 17. Orientación a institucións e axentes sociais e comunitarios.</p>	<p style="text-align: center;">SAÍDA</p> <p>0. Non existe. 1. Alta médica. 2. Abandono. 3. Suicidio. 4. Falecemento. 5. Derivación sen seguimento.</p>	<p style="text-align: center;">DERIVACIÓN</p> <p>0. Non existe derivación. 1. Ambulatorio (Tipo C.S.M.). 2. Intermedio (Tipo H.D.). 3. De internamento de agudos (Tipo U.H.P.). 4. De internamento de crónicos (Tipo Hosp. Psiq.). 5. De atención primaria. 6. De atención especializada ambulatoria. 7. Hospitalario. 8. De servizos sociais. 9. Outros.</p>