

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ANÁLISIS DE LA OFERTA Y LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL EN LA MUNICIPALIDAD DE MONTE HERMOSO.

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CORRESPONDIENTE AL REQUISITO CURRICULAR CONFORME O.C.S. 143/89

APELLIDO Y NOMBRE:

- APRAIZ, Valeria Ivana Mat. 4080/97

SUPERVISOR:

- Dr. URQUIJO, Sebastián

CATEDRA DE RADICACIÓN:

Grupo de investigación en Psicología Cognitiva y Educacional

FECHA DE PRESENTACION:

Junio de 2011

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
t-ps	Pse
	N° INVENTARIO:
	R-1042



Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de la alumna APRAIZ, Valeria Ivana de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores.



VALERIA IVANA APRAIZ

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por la alumna APRAIZ, Valeria Ivana Matricula 4080/97, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobado en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 10 días del mes de junio del año 2011.

Firma, aclaración y sello del Supervisor.

SERGIANO VAREJO

INFORME DE LA COMISIÓN ASESORA

Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al trabajo de Investigación presentado por la alumna APRAIZ, Valeria Ivana Matricula 4080/97

Firma y aclaración del especialista interviniente

Firma y aclaración del Supervisor

SEBASTIÁN ORSQUIJO

Calificación :

9 (distinguido)

Glencos Ferricelli

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - REQUISITO
CURRICULAR
PLAN DE ESTUDIOS O.C.S 143/89

APELLIDO Y NOMBRE: Apraiz, Valeria I.

MATRICULA: 4080/97

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:

Grupo de investigación en Psicología Cognitiva y
Educativa

SUPERVISOR: Dr. Urquijo, Sebastián

TÍTULO DEL PROYECTO: Análisis de la oferta y la
demanda de servicios de salud mental infanto-juvenil en la
municipalidad de Monte Hermoso.



DESCRIPCIÓN RESUMIDA

El objetivo principal de este trabajo es el de realizar un relevamiento y un análisis de la oferta y la demanda de servicios de salud mental infanto-juvenil dependientes de la Municipalidad de Monte Hermoso. Para ello se propone realizar un análisis de la estructura de servicios de salud mental en el área infanto-juvenil, relevando datos referentes a la cantidad de profesionales, capacitación, especialidad, infraestructura de apoyo, número y tipo de prestaciones, duración y número de sesiones promedio de los tratamientos. Por otra parte, se propone un análisis de la demanda de estos servicios, relevando datos referentes a motivos de consulta, prevalencia de patologías, adhesión al tratamiento, satisfacción con el servicio, entre otras. Este proyecto supone un análisis de la información existente y el diseño de protocolos de atención y de un sistema permanente de información epidemiológica sobre el área de salud mental infanto-juvenil de la Municipalidad Monte Hermoso.

PALABRAS CLAVE: Epidemiología de la salud mental- Oferta y demanda- Infanto-juvenil- Psicopatología

DESCRIPCIÓN DETALLADA

MOTIVO. ANTECEDENTES.

De la necesidad de profundizar en el conocimiento de la salud mental surge la aplicación, cada vez mas intensa, del método epidemiológico, con el objeto de llegar a definir la magnitud de los problemas psicológicos y psiquiátricos, estudiar la evolución de la salud mental en las comunidades y promover la aplicación y evaluación de programas preventivos y terapéuticos.

Existe una carencia de datos confiables sobre la oferta y la demanda de servicios de atención de la salud mental infanto-juvenil en la ciudad de Monte Hermoso, debido a que nunca antes se realizaron estudios de este tipo, lo cual plantea dificultades al momento de planificar estrategias de optimización del mismo y de programas de prevención. El proyecto supone el diseño y la implementación de un protocolo de atención, que puede seguir siendo utilizado posteriormente por el municipio como un sistema de seguimiento o monitoreo. La institución en la que se llevará a cabo este trabajo es el Hospital Menor "Dr. Ramón Carrillo", nivel II, dependiente de la Municipalidad de Monte Hermoso, en el cual se atiende a la población estable, a la población de Sauce Grande (pueblo perteneciente al Partido de Monte Hermoso) y a los turistas que concurren a la ciudad balnearia.

En nuestro país son escasos los estudios confiables sobre oferta y demanda de servicios de salud mental y, más aun, en el área infanto-juvenil. Los primeros datos de valor epidemiológico con que se cuenta provienen de un estudio estadístico nacional de los dementes, sordomudos, ciegos, cretinos y cotudos con bocio, llevado a cabo en el Primer Censo de la República Argentina realizado en 1869. Recién en el periodo 1964-1965, en el Instituto Nacional de Salud Mental, Pagés Larraya dirigió un estudio piloto sobre distribución de patologías psiquiátricas en un barrio de la Capital Federal. Este puede considerarse el primer estudio epidemiológico a nivel poblacional realizado en el país.

Se han llevado a cabo otras investigaciones valiosas en nuestro país, pero de carácter más restringido. Entre ellas se puede mencionar una investigación llevada a cabo durante 1993 y 1994 por la Dirección General de Salud Mental de la Provincia de Córdoba, a través de su área de investigación con la colaboración de otras instituciones (SECYTECOR, CONICOR y la Escuela de psicología de la Universidad Nacional de Córdoba), sobre una muestra de 700

sujetos. El objetivo de este trabajo fue contar con información válida y confiable acerca de la frecuencia e intensidad de sintomatología mental de la población de la ciudad de Córdoba, tanto como su distribución acorde a variables socioeconómicas. Este estudio tiene el valor agregado de haber diseñado un instrumento específico para tal oportunidad. El desarrollo del programa de investigación se inició con el diseño del Cuestionario Epidemiológico de Sintomatología Mental (CESIM). Este grupo de investigación considero necesario contar con instrumentos locales que reúnan los requisitos técnicos para la obtención de un perfil epidemiológico de la salud mental.

Otra investigación que destaca Ferrero (2003) es la dirigida por Norma Contini de González a partir de 1998, desde el Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Tucumán, destinada a la evaluación de psicopatologías prevalentes en adolescentes de Tucumán. Dicha investigación, de tipo descriptivo, cuenta con una muestra de 1468 sujetos de entre 14 y 18 años y el instrumento utilizado es el MMPI-A adaptado por Casullo.

En el partido de General Pueyrredón, no se registran estudios epidemiológicos en el área de la salud mental. A mediados del año 2000, surge en el Instituto Nacional de Epidemiología la necesidad de conocer el estado de la salud mental en la ciudad de Mar del Plata. Ante esta necesidad, que proviene de un agente externo al INE, se intenta conformar un grupo interdisciplinario, el cual fue denominado Grupo de Investigación psicosocial, y estaba conformado por profesionales de disciplinas como la Psicología, Sociología y Filosofía. Su propósito era crear una metodología de trabajo que les permita efectuar un diagnóstico epidemiológico comunitario en el ámbito de la salud mental, con el objetivo de conocer la oferta institucional en salud mental y las características

de la demanda. El instrumento a utilizar sería una entrevista semiestructurada, elaborada por el grupo, que sería aplicada a los profesionales del área de salud mental, tanto en instituciones públicas como privadas. Dificultades internas, en relación a la conformación del grupo, y dificultades externas, en relación al acceso a la información de las instituciones, culminaron en el abandono del proyecto, luego de más de un año de trabajo.

A nivel provincial, la oficina de epidemiología, que funciona en la Zona Sanitaria VIII, no maneja ningún tipo de datos epidemiológicos en relación a la salud mental.

Sobre este mismo tema se consultó al Colegio de Psicólogos de la Pcia. De Bs. As. Distrito X. El Consejo Superior solicita a los diferentes distritos llevar un registro epidemiológico referente al Servicio de Atención a la Comunidad (S.A.C.). Los datos que se requieren a las personas que solicitan este servicio son: edad, sexo. Tipo de atención solicitada (individual, familiar, pareja) y como se entero del sistema. Estos datos, que son los únicos que se registran, son enviados al Consejo Superior.

La Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, ha intentado durante varios años implementar diferentes registros estandarizados que le permitan una sencilla y ágil recolección de datos. Estos distintos registros no tuvieron continuidad por varias razones, entre las que se mencionan la inadecuación de los diseños, la falta de tiempo de los profesionales para su confección e incluso la falta de recursos materiales necesarios como papel impreso, lugar para archivo, infraestructura informática para volcar los datos. Otro factor que funciona como obstáculo a la implementación de este tipo de registros es la falta de acuerdo

de los profesionales respecto al sistema diagnóstico a utilizar. A pesar de la existencia de clasificaciones internacionales, resulta dificultoso arribar a un consenso por parte de los profesionales para su utilización.

En la mayoría de los trabajos epidemiológicos en salud mental realizados en nuestro país los instrumentos utilizados para la recolección de datos epidemiológicos son cuestionarios y entrevistas diagnósticas elaboradas en el extranjero (adaptados), excepto la elaboración del CESIM en Córdoba. Son pocos los casos en que se utiliza algún sistema de registro de datos básicos (sexo, edad, diagnóstico según DSM o CIE), como se utiliza en la Municipalidad de General Pueyrredon, y como se propone desde la Dirección de Salud Mental de la Capital Federal.

OBJETIVOS

General: Realizar un relevamiento y un análisis de la oferta y la demanda de servicios de salud mental infanto-juvenil dependientes de la Municipalidad de Monte Hermoso.

Específicos:

- Realizar un análisis de la estructura de servicios de salud mental en el área infanto-juvenil, relevando datos referentes a la cantidad de profesionales, capacitación, especialidad, infraestructura de apoyo, número y tipo de prestaciones, duración y número de sesiones promedio de los tratamientos.
- Analizar la demanda de estos servicios, relevando datos referentes a motivos de consulta, prevalencia de patologías, adhesión al tratamiento, satisfacción con el servicio, nivel socio-económico y cultural.
- Diseñar e implementar un protocolo de atención para el área de salud mental infanto-juvenil de la Municipalidad de Monte Hermoso.

METODOLOGÍA

Para la recolección de datos y análisis de la estructura de servicios de salud mental en el área infanto-juvenil, se prevé un relevamiento de: la cantidad de profesionales que se desempeñan en este área dentro del municipio; la capacitación y especialización de los mismos; la cantidad, el tipo y la duración de las prestaciones, a través de entrevistas con los profesionales afectados al servicio de Salud Mental.

Para recolectar datos y analizar la demanda de estos servicios, se prevé un relevamiento de los motivos de consulta, a través de los registros de los profesionales y de la implementación de un sistema de registro que permita unificar y homogeneizar este dato; los síntomas y patologías observadas en los usuarios, a través del sistema de registro unificado que utilizarán los profesionales, basado en un nomenclador internacional (ICD-10 o DSM-IV); la adhesión al tratamiento en función de la tasa de abandonos, información obtenida a través del sistema de registro del servicio; el nivel socio-económico y cultural, aplicando una encuesta estructurada basada en criterios del INDEC y de la Asociación Argentina de Marketing.

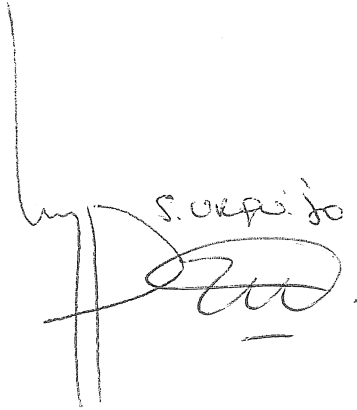
CRONOGRAMA

	MES	1	2	3	4
ACTIVIDADES	1. Búsqueda bibliográfica y análisis de la información existente	X	X		
	2. Entrevista a los profesionales	X	X		
	3. Diseño del protocolo de registro		X		
	4. Implementación del sistema de registro			X	X
	5. Análisis de los datos obtenidos				X
	6. Redacción del informe final				X

BIBLIOGRAFIA

- Alzate, M. (2003). Epidemiología psiquiátrica. *Revista colombiana de psiquiatría*; 32(1): 85-92
- Aszkenazi M, Casullo MM. (1984) Factores socioculturales y presencia de psicopatologías en poblaciones de distintas localidades argentinas. *Acta Psiquiátrica Psicol Am Lat.*; 30:11-20.
- Caraveo, J. J.; Colmenares, E. & Martínez, N. A. (2002) Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6): 492-498
- Caraveo, J. J.; González, F. C.; Ramos, L. L. & Mendoza, B. P. (1986) Necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental. *Salud Pública de México*, 28(5): 504-514.
- González de Rivera y Revuelta, J. L.; Rodríguez Pulido, F.; Sierra López, A. (1993). *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona: Ediciones Científicas y técnicas S.A.
- Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, Gómez LC. (2004) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia 2003. *Rev. Colomb Psiquiatr.*; 33:241-62.

Firma del Supervisor

S. ORPES JO


Firma del / los alumnos

P/ Area de Investigación

Resultado de la evaluación (aprobado / rehacer) *Aprobado*

Fecha: 06/17/06.

Evaluación del Proyecto de Investigación – Requisito Curricular
Plan de Estudios OCS 143/89

Alumna: Apraiz, Valeria

Matrícula: 4080/97

Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva y Educacional

Supervisor: Dr. Sebastián Urquijo

Título del Proyecto:

Análisis de la oferta y la demanda de los servicios de salud mental infanto-juvenil en la
Municipalidad de Monte Hermoso

Evaluador: Lic. Mercedes Minnicelli

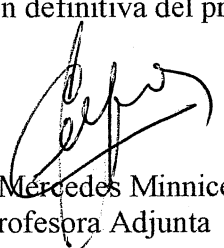
Observaciones:

Sería de relevancia en el desarrollo del proyecto de referencia, citar estudios epidemiológicos de otros municipios y/o regiones.

En función de lo anterior, explicitar aquellos analizados en los cuales se fundamenta la afirmación “carencia sobre datos confiables”.

El proyecto no explicita cuáles serán *los servicios de salud mental en el área infanto – juvenil* en la Municipalidad de Monte Hermoso. Sugiero sea aclarado si se han podido relevar otros además del existente en el Hospital Menor Dr. Carrillo o, en su defecto, si el mencionado hospicio atiende a otras áreas de influencia.

Estos datos los entiendo de importancia para la aprobación definitiva del proyecto.


Lic. Mercedes Minnicelli
Profesora Adjunta

Realizadas las modificaciones sugeridas se aprueba el
proyecto
Luis del Plata, 12 diciembre 2006



ANÁLISIS DE LA OFERTA Y LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL EN LA MUNICIPALIDAD DE MONTE HERMOSO.

Apraiz, Valeria Ivana

MAT. 4080/96

CHILD AND YOUTH MENTAL HEALTH SERVICES SUPPLY & DEMAND ANALYSIS IN THE MUNICIPALITY OF MONTE HERMOSO

DESCRIPCIÓN RESUMIDA

El objetivo de este trabajo es recolectar información de tipo epidemiológico para reconocer la oferta y la demanda de servicios de salud mental, por ello se propone analizar la oferta de servicios de salud mental en la ciudad de Monte Hermoso, obtener información sobre los motivos de demanda y analizar la prevalencia de los trastornos mentales de las personas que solicitan asistencia. Para ello se trabajó con una población de 30 sujetos, con edades entre los 6 y 14 años, quienes asistieron al Hospital Dr. Ramón Carrillo de Monte Hermoso solicitando atención psicológica. La recolección de datos se realizó durante un lapso de tres meses, entrevistando a los sujetos luego de la admisión.

PALABRAS CLAVE: Epidemiología de la salud mental- Oferta y demanda- Infanto-juvenil- Psicopatología

INTRODUCCION

De la necesidad de profundizar en el conocimiento de la salud mental surge la aplicación, cada vez más intensa, del método epidemiológico, con el objeto de llegar a definir la magnitud de los problemas psicológicos y psiquiátricos, estudiar la evolución de la salud mental en las comunidades y promover la aplicación y evaluación de programas preventivos y terapéuticos.

Existe una carencia de datos confiables sobre la oferta y la demanda de servicios de atención de la salud mental infanto-juvenil en la ciudad de Monte Hermoso, debido a que nunca antes se realizaron estudios de este tipo, lo cual plantea dificultades al momento de planificar estrategias de optimización del mismo y de programas de prevención.

MARCO TEORICO

1-Epidemiología

Según Almeida-Filho, y Canino (1995) la epidemiología ha sido definida como la ciencia básica de la salud colectiva, que estudia el proceso salud-enfermedad, su distribución y sus determinantes en grupos humanos.

Etimológicamente, la palabra Epidemiología significa “la ciencia de lo que ocurre o se abate sobre el pueblo”.

Esta ciencia surge en el Siglo XIX, a partir de la consolidación de tres elementos conceptuales, metodológicos e ideológicos: la Clínica, la Estadística y la Medicina Social.

A pesar de su origen en el pensamiento occidental del Siglo pasado, la Epidemiología es una disciplina del Siglo XX. Es durante las primeras décadas de este Siglo donde la disciplina comienza a adquirir identidad propia, formulando problemas y proponiendo formas de investigación con características especiales y aplicaciones cada vez más representativas del método de observación.

En las décadas de 1930 y 1940, la Epidemiología se establece institucionalmente como materia universitaria en el campo de la salud pública, principalmente en Estados Unidos e Inglaterra. Datan de esa época los primeros estudios epidemiológicos específicos sobre enfermedades mentales, que abordan principalmente aspectos ambientales, sociales y culturales. La etapa siguiente corresponde a un gran desarrollo metodológico con nuevas técnicas de análisis y el perfeccionamiento e métodos e instrumentos de investigación. Se observa una clara ampliación cuantitativa de los estudios demográficos: asumen mayor importancia los llamados Enfoques Transculturales. En los decenios de 1950 y

1960 se realizan estudios pioneros en varios países en América Latina y África. Almeida-Filho y Canino (1995).

La Epidemiología en las décadas de 1970 y 1980 estuvo caracterizada por dos tendencias principales: profundización de las bases matemáticas de la disciplina (facilitada por el advenimiento de la computadora) y la aparición de una "epidemiología clínica" como proyecto de uso pragmático de la metodología epidemiológica, logrando que esta fuera del más amplio contexto colectivo. Almeida-Filho y Canino (1995).

En América Latina, surge un enfoque crítico de la Epidemiología que rechaza la tendencia a la biologización de la salud colectiva y acentúa la historicidad de los procesos de salud y enfermedad así como la raíz económica y política de los factores determinantes.

Conceptos básicos de la Epidemiología:

La Epidemiología se estructura en torno al concepto fundamental de *Riesgo*. La idea de riesgo es esencial para el desarrollo de una Epidemiología de las enfermedades no infecciosas- tales como los trastornos mentales- a las cuales no se pueden aplicar fácilmente los modelos basados sobre la teoría del contagio. Almeida-Filho y Canino (1995).

El riesgo corresponde, en el ámbito de la Epidemiología, al concepto matemático de probabilidad: por consiguiente, se puede definir como la probabilidad de que los miembros de un grupo específico desarrollen un trastorno en particular durante un período determinado. Por definición se observa una convergencia de tres dimensiones siempre relacionadas con el concepto de riesgo: 1) la aparición de una enfermedad o trastorno de salud, 2) el denominador, de base demográfica, y 3) el tiempo.

En el plano operacional, la expresión típica del cálculo del riesgo es la *Incidencia*. La incidencia es la proporción de nuevos casos de un trastorno específico en un grupo delimitado, durante un período determinado.

Para algunos tipos de enfermedad, especialmente los de carácter crónico, se puede emplear otro método de cálculo de la ocurrencia de la enfermedad a fin de estimar el riesgo. Se trata de la *Prevalencia*, que se puede definir simplemente

como la proporción de casos (nuevos y viejos) de cierta enfermedad (o fenómenos relacionados con la salud) en un grupo delimitado y en un lapso determinado.

Para el estudio de los factores determinantes de la enfermedad el concepto de riesgo es muy útil ya que genera nociones conexas, tales como factor de riesgo o grupo expuesto. Un factor de riesgo se puede definir como el atributo de un subgrupo de la población que presenta mayor incidencia de un trastorno determinado en comparación con otros subgrupos, definidos por la ausencia o por un menor número de casos con esa característica. Almeida-Filho y Canino (1995).

La Epidemiología se basa sobre estos conceptos para el avance del conocimiento científico en materia de salud humana, sus factores determinantes y sus consecuencias, con aplicaciones en 3 aspectos principales de la práctica de la salud pública. En 1º lugar, posibilita el uso de tecnologías eficaces para el llamado diagnóstico de salud de la comunidad al facilitar la planificación y la organización de las medidas sanitarias. En 2º lugar, las investigaciones epidemiológicas permiten adquirir conocimiento respecto de los factores que determinan el proceso de salud y enfermedad en contextos colectivos contribuyendo así al avance de los conocimientos etiológicos y clínicos. Finalmente, se emplea la metodología epidemiológica para evaluar programas, actividades y procedimientos preventivos y terapéuticos, tanto en lo que se refiere a sistemas de prestación de servicios como a repercusiones de las medidas de protección de la salud de la comunidad. Almeida-Filho y Canino (1995).

2- Epidemiología en Salud Mental

La enfermedad mental, más allá de las diferentes posturas teóricas, será concebida en relación a la cultura, esto es, como producto inmanente a la condición de ser humano. Cualquier mirada que la psiquiatría pretendiera hacer sobre la enfermedad mental no podrá desconocer ya a la antropología cultural ni a la sociología.

La denominada Epidemiología psiquiátrica pretende, desde su especificidad, constituirse en un corpus de reformalización de estos saberes. En ellos, la definición médica clásica en relación a la Epidemiología no está ausente. En este

sentido, todas las definiciones que de dicha disciplina encontramos en la época de su constitución, evidencian el particular entrecruzamiento entre morbilidad y diversas clases de factores tal cual refleja la definición general que B. Lilienfeld diera acerca de la epidemiología: el estudio de la distribución de una enfermedad en determinado tiempo y espacio, dentro de una cierta población, e incluyendo los factores que han operado para la conformación de dicha distribución.

Lilienfeld A. Epidemiological methods and influences in studies of noninfectious diseases. Washington, Public Health Report 1957; 72(1)

La definición, también clásica, de Rabinovich (1963), incluye y supera, en su alcance, a las anteriores. La Epidemiología, desde su perspectiva es:

“...la disciplina que estudia la frecuencia y distribución espacial y cronológica de cualquier proceso mórbido o estados fisiológicos de los individuos de una comunidad y la relación de los diversos factores que intervienen en la causación de esos estados, incluyendo las condiciones externas que rodean a los individuos y que influyen o son influidos por ellos...”

Algunos de los autores consideran que la Epidemiología, al referirse al ámbito de la Salud Mental, debe avanzar no solamente en las modalidades preventivas, sino también en las hipótesis etiológicas que los estudios epidemiológicos pueden aportar.

Si consideramos la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante esta primera etapa fundacional de la disciplina, podremos aislar dos ejes centrales que se articulan en la Epidemiología psiquiátrica. El primero, se preocupa más por la administración eficiente en salud, por lo que las investigaciones operativas en Salud Mental realizadas en una comunidad, tienen por finalidad lograr una mejor administración de los servicios asistenciales en Salud Mental. El segundo eje está centrado en la tarea clínica propiamente dicha, y nuevamente rescata la consideración de aquellos factores que determinan la enfermedad mental en una población, valorando su efecto de etiología.

La influencia que ejercen los fenómenos sociales en la Salud Mental de la población es una preocupación de antigua data. Algunos de los diversos intentos de establecer correlaciones entre determinada patología y su contexto histórico,



social o cultural son: Le Bon y el "contagio mental"; Freud y la estructuración psíquica a partir de la sociedad totémica; Dilthey y la comprensión como instrumento de acceso a la realidad; Weber y la significación subjetiva de los hechos sociales; G. Mead que hace de la vida social el origen del Yo; Margaret Mead y Ruth Benedict, Horney y Kardiner, quienes priorizan francamente el papel de la cultura en el desarrollo de la personalidad. Así en esta pequeña referencia, la enorme relación existente entre los análisis sociológicos y la estructura de la personalidad, por lo cual comienza a tornarse difícil mantener el alcance de la palabra psiquiátrica en este tipo de mirada epidemiológica. Tal vez sería más pertinente hablar de Epidemiología en Salud Mental y no psiquiátrica, como una manera de aproximarnos un poco a la multiplicidad de causas y de efectos que se evidencian en los fenómenos asociados a la Salud Mental.

Desde el punto de vista histórico, habría un concepto clave en el cual podría buscarse el fundamento de la necesidad de referirse a una Epidemiología de la Salud Mental; el concepto de Higiene Mental, que es en cierto sentido contemporáneo a la mayor parte de las definiciones clásicas de Epidemiología psiquiátrica mencionadas.

Es a partir de mediados de siglo, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial, que las determinadas disciplinas, fundamentalmente la sociología y la psicología social, ya en pleno desarrollo, comenzaron a cobrar un empuje aún mayor en el campo de la Salud Mental principalmente en las prácticas psicoterapéuticas instaladas en los dispositivos sanitarios de la época. En efecto, en 1948 se reunió en Londres el Primer Congreso de Salud Mental, como continuidad, pero al mismo tiempo ruptura, del movimiento de la Higiene Mental. Desde entonces, los esfuerzos encaminados a una consideración comunitaria de la psiquiatría, o a la necesidad de jerarquizar las actividades preventivas de la misma, han estado siempre cargados de consideraciones psico-sociológicas. Así, la Psicología y la Sociología comenzaron a ser cada vez más tenidas en cuenta en el abordaje de los problemas planteados en la Salud Mental.

Ese énfasis en lo socio-comunitario ha estado presente en el desarrollo de la Epistemología Psiquiátrica latinoamericana. En efecto, esta se ha caracterizado

por un enfoque crítico, en el cual los componentes políticos y económicos han sido permanentemente subrayados. En tal sentido, podría afirmarse que la noción de una Epistemología de la Salud Mental ha atravesado la producción de la disciplina en la región, desde los primeros estudios sobre abuso de alcohol hasta los diversos desarrollos contemporáneos.

A nivel nacional son pocos los estudios epidemiológicos sobre salud mental. Los primeros datos de valor epidemiológico con que se cuenta provienen de un estudio estadístico nacional de los dementes, sordomudos, ciegos, cretinos y cotudos con bocio, llevado a cabo en el Primer Censo de la República Argentina realizado en 1869. Recién en el periodo 1964-1965, en el Instituto Nacional de Salud Mental, Pagés Larraya dirigió un estudio piloto sobre distribución de patologías psiquiátricas en un barrio de la Capital Federal. Este puede considerarse el primer estudio epidemiológico a nivel poblacional realizado en el país.

La Dirección Nacional de Salud Mental y el Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) realizaron conjuntamente una investigación sobre prevalencia poblacional e institucional de psicopatología en Argentina. Comenzó a proyectarse en 1973 y en 1978 se formalizó, comenzando la recolección de datos al año siguiente. Además de la investigación sobre prevalencia poblacional de patologías mentales en distintas localidades de la República Argentina se relevaron pacientes en asistencia psiquiátrica o psicológica en establecimientos oficiales de las distintas provincias y de la Capital Federal (prevalencia institucional). Los datos fueron relevados entre los años 1979-1983 y el instrumento utilizado fue la entrevista PSE (Examen del Estado Presente). En todas las localidades se elaboró una muestra estadística en base a datos suministrados por las Direcciones de Estadísticas y Censos de las provincias. Dicho material daba información acerca del número de habitantes y viviendas de cada localidad. En cada unidad habitacional, el entrevistador completó una planilla en la que incluyó en forma ordenada a todas las personas de entre 18 y 70 años (de mayor a menor) residentes en la misma, estuvieran o no presentes en

ese momento. Luego se entrevista a uno de los sujetos (seleccionado al azar). Esta investigación se puede considerar (Ferrero, 2003) como el mayor emprendimiento en investigación epidemiológica aplicada al campo de la salud mental en el país.

Se han llevado a cabo otras investigaciones valiosas en nuestro país, pero de carácter más restringido. Entre ellas se puede mencionar una investigación llevada a cabo durante 1993 y 1994 por la Dirección General de Salud Mental de la Provincia de Córdoba, a través de su área de investigación con la colaboración de otras instituciones (SECYTECOR, CONICOR y la Escuela de psicología de la Universidad Nacional de Córdoba), sobre una muestra de 700 sujetos. El objetivo de este trabajo fue contar con información válida y confiable acerca de la frecuencia e intensidad de sintomatología mental de la población de la ciudad de Córdoba, tanto como su distribución acorde a variables socioeconómicas. Este estudio tiene el valor agregado de haber diseñado un instrumento específico para tal oportunidad. El desarrollo del programa de investigación se inició con el diseño del Cuestionario Epidemiológico de Sintomatología Mental (CESIM). Este grupo de investigación considero necesario contar con instrumentos locales que reúnan los requisitos técnicos para la obtención de un perfil epidemiológico de la salud mental.

Otra investigación que destaca Ferrero (2003) es la dirigida por González a partir de 1998, desde el Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Tucumán, destinada a la evaluación de psicopatologías prevalentes en adolescentes de Tucumán. Dicha investigación, de tipo descriptivo, cuenta con una muestra de 1468 sujetos de entre 14 y 18 años y el instrumento utilizado es el MMPI-A adaptado por Casullo.

3. Epidemiología de los trastornos mentales en la infancia.

Los estudios comunitarios de prevalencia de psicopatología infantil se han llevado a cabo desde los últimos 50 años. Los estudios descriptivos de Glidewell (1957) y Long (1941) (citados por Links, 1983) fueron los intentos iniciales. Long fue uno de los primeros investigadores en utilizar a los padres como informantes y Glidewell

desarrolló el *symptom loading approach*. Links (1983) en su revisión de varios estudios comunitarios llevados a cabo a través del mundo ha señalado sus falencias y éxitos en términos de cómo se define desviación, los instrumentos aplicados, la metodología, prevalencia y correlaciones de las condiciones. El problema principal al tratar de realizar comparaciones resulta ser que el hecho de que el término *desviación* se entiende de diferentes maneras.

Asimismo remarca la necesidad de considerar la validez y confiabilidad de los instrumentos usados así como otros aspectos de la metodología a fin de hacer las comparaciones factibles. Considerando las estimaciones de prevalencia obtenidas, ellas dependen demasiado de cómo han sido definidos los síntomas o las patologías. Se debe tener en cuenta que la frecuencia de síntomas individuales puede ser bastante alta pero la prevalencia de desórdenes específicos será mucho menor. Links enfatiza que en la epidemiología de los trastornos infantiles es importante determinar la prevalencia de desórdenes específicos de manera más delimitada que trastornos conductuales y neuróticos. Para perseguir tal objetivo él toma como ejemplo válido el *Child Behavior Checklist* (CBCL) de Achenbach y Edelbrock (1983) como una forma de pasar de considerar síntomas individuales al acercamiento por síndromes. También Pedreira y colaboradores (1993) señalan a la escalas CBCL como las más estandarizadas ya que permiten valorar una amplia gama psicopatológica y han sido usadas transculturalmente.

En una revisión posterior Branderburg (1990), al caracterizar los estudios de esa última década, remarca el nuevo énfasis puesto en identificar desórdenes particulares, para lo cual se habían utilizado diversos métodos para la búsqueda de los casos y para la definición de "caso". La mitad de los estudios habían empleado el enfoque multimétodo-multietapa para descubrir los casos. El desarrollo de escalas y de instrumentos estructurados y la inclusión de escalas que evaluaban daños funcionales globales habían mejorado la definición de "caso". Sin embargo, Roberts et.al. (1998) en una revisión posterior sostiene que todavía el campo sigue estando plagado de los mismos problemas que señalara Links, problemas de muestreo, búsqueda de casos y definición, el análisis y la

presentación de los resultados. El progreso en el área dependerá de superar estos desafíos.

En la Argentina, a diferencia de otros países de Latinoamérica, como Chile (Montenegro, 1983; Bralio et. al, 1987), Brasil (Almeida-Filho, 1985) o Puerto Rico (Bird et.al., 1988; Bird et.al., 1991) se da una ausencia absoluta de este tipo de estudios, no hallándose disponible en la literatura trabajos respecto a la situación epidemiológica de los niños respecto a su padecimiento psíquico.

Desde los estudios precursores de Rutter en la Isla de Wight y en la ciudad de Londres (1970) numerosas investigaciones han estudiado los niveles de prevalencia de psicopatología en niños y adolescentes. En revisión de estudios realizados luego de 1980 se señala que esta prevalencia varía en investigaciones poblacionales entre un 14% y un 20% (Branderburg, 1990). En una revisión más reciente de 38 estudios, estos valores se ubican en una media de 13% (Verlhusst & Koot, 1991). En estudios efectuados en nuestra región, el estudio efectuado en Chile arrojó un valor de 15% (Bralio et.al, 1987) consistente con el obtenido en Puerto Rico que fue de un 15,8% (Bird et.al, 1988). En un estudio más reciente efectuado en Francia los valores obtenidos fueron de 12.4% (Fombonne, 1994).

Otra reseña más actual (Roberts et.al., 1998), habiendo revisado 21 estudios que abarcaban población preadolescente (de 6 años a 13 años) señala que esta población presentó una prevalencia media de 13.2% (mediana= 12.2%, rango=1.4%-30.7%).

En cuanto a la relación entre trastornos psíquicos y variables sociodemográficas, se han encontrado, por ejemplo, diferencias según el sexo donde los estudios apoyan el hecho de que los problemas comportamentales son más prevalentes en niños que en niñas (Links, 1983; Gould et. al. 1981).

Generalmente se ha encontrado que las niñas evidencian síntomas neuróticos mientras los varones muestran conductas agresivas y destructoras.

En nuestro país, según lo hallado en estudios previos, la proporción de varones que son derivados y llegan a los servicios de asistencia triplican a las mujeres, pero los niveles promedio de problemas comportamentales tanto en población clínica (Cervone et. al, 2000) como en población normal (Samaniego, 1998) en

algunas investigaciones es superior en mujeres que en varones. Estos hallazgos necesitan ser estudiados con mayor detenimiento.

Se ha encontrado que niños pertenecientes a NSE bajos presentan grados de psicopatología y de otros problemas en niveles mayores que los niños de grupos sociales más aventajados (Achenbach et.al. 1991). Lipman y colaboradores (1994) han encontrado en Canadá que las probabilidades de un niño que proviene de una familia de bajos recursos de sufrir trastornos psíquicos es casi 2.5 veces más que si el niño proviene de una familia de NSE más alto. En Argentina, un estudio efectuado en población urbana de niños de 6 a 11 años, encontró niveles de problemas comportamentales significativamente más altos en niños de bajo NSE en comparación con niños de NSE medio y alto, donde el NSE daba cuenta de un 4,4% de la varianza. (Samaniego, V.C., 1998; 1999). La asociación entre nivel socioeconómico y grados de psicopatología es otra de las relaciones que resulta necesario profundizar.

4. La clasificación en Psicopatología infantil

Clasificar es un aspecto único de la experiencia humana, nos permite observar, ordenar nuestras observaciones y realizar abstracciones. La clasificación nos otorga la posibilidad de usar información con propósitos de comunicar, predecir y explicar.

Al presente los sistemas de clasificación en psicopatología infantil y adolescente no han encontrado una expresión única, a pesar de que ello es absolutamente necesario para facilitar las comunicaciones, tanto clínicas como de investigación. Con relación a las clínicas, a fin de proveer información relevante para mejorar la prevención y tratamiento de ciertos trastornos, y en cuanto a la investigación para comprender la patogénesis de los mismos. Muchos autores han discutido criterios para los sistemas de clasificación en psiquiatría (Jaspers, 1962; Quay, 1986) pero como muchos han acordado, hasta el presente no ha sido establecida una nosología aceptada por todos (Achenbach et. al, 1978; Ross, 1980; Gould et. al., 1981; Volkmar, 1991). Achenbach (1978,1980) señala el hecho de que aún en el sistema que originalmente formó las bases de la taxonomía psiquiátrica

(Kraepelin, 1883) los trastornos de la infancia fueron omitidos. A pesar del hecho de que ha habido unos pocos intentos tempranos de desarrollar una taxonomía tal (Jenkins & Glikman, 1946, citado por Quay, 1986), sólo en 1966 el *Group for the Advancement of Psychiatry* propuso un sistema específico para niños. Además, fue en 1968 que la American Psychiatric Association incluyó en su Diagnostic and Statistical Manual (DSM) otras categorías además de esquizofrenia infantil y adaptación reactiva.

Un aspecto que surge en este punto es ¿Por qué la taxonomía adulta no es suficientemente buena para niños? Achenbach (1980) intenta dar algunas explicaciones posibles, entre ellas podemos considerar las siguientes:

- primero; los niños no comparten el modelo de atención en psicopatología, tienen poca concepción de lo que implica desempeñar el rol de paciente con respecto a los problemas de salud mental. Consecuentemente sus diagnósticos están basados en observaciones de sus padres, maestros o clínicos más que en sus propios informes.
- segundo, la mayor parte de los desórdenes de los adultos no tienen claras contrapartidas en niños, ellas han demostrado no ser similares en etiología, curso de la enfermedad u adhesión al tratamiento;
- tercero, en la infancia lo que es considerado anormal es la ausencia de conductas adaptativas positivas y la falla en el progreso a lo largo de las dimensiones del desarrollo más que problemas a nivel del funcionamiento social, cognitivo, emocional o biológico como ocurre en el adulto.

Con respecto a los sistemas de clasificación existen algunos aspectos a tener en cuenta. Por una parte el gran conjunto de modelos teóricos existentes hace cualquier intento de obtener una única clasificación casi imposible. Así, los esquemas de clasificación derivados de teorías particulares son limitadas ya que se basan en un acervo de presupuestos e hipótesis que no son generalmente compartidos. El lenguaje utilizado para describir el mismo fenómeno por profesionales con diferentes orientaciones difiere en gran medida. También las diferencias culturales afectan los conceptos diagnósticos y las prácticas, factores

socioculturales han aparecido asociados con ciertos tipos de problemas (Shuval, 1981; Farrington, 1986; Flaherty et. al. 1988).

Por otra parte, clínicos e investigadores deberían tener en cuenta que desórdenes más que niños son los clasificados. Las consecuencias de categorizar y etiquetar niños han sido ampliamente discutidas (Hobbs, 1975 citado por Ross, 1980) señalando que ello oscurece la singularidad de cada sujeto y las semejanzas de aquellos que son asignados a diferentes categorías.

Hasta el momento podemos identificar tres modelos de clasificación: el categórico, el ideográfico y el dimensional (Volkmar, 1991).

- **el categórico**, también llamado médico (Edelbrock & Costello., 1988) o clínico (Quay, 1986), es aquel que considera las patologías presentes o ausentes, como los propuestos por la Organización Mundial de la Salud (Multiaxial Classification y Clasificación Internacional de Enfermedades, ICD- 9) o por la American Psychiatric Association (DSM IV)
- **el ideográfico**, que simplemente rechaza todo tipo de etiquetas y generalmente deviene de un marco teórico (Psicoanálisis, Teoría Comportamental)
- **el dimensional, psicométrico** (Edelbrock & Costello, 1988) o **basado en la estadística multivariada** (Quay, 1986), que concibe al desorden como un grupo de síntomas que forman una dimensión o un continuo donde todos los individuos tienen un lugar poseyendo el trastorno en un grado mayor o menor. Se trata de una aproximación estadística, el análisis multivariado revela covariación entre problemas reportados por los niños. Síndromes derivados empíricamente reflejan tendencias de ciertos problemas a converger, lo cual no significa que describen niños individuales. Permite sortear algunas de las debilidades del enfoque **categórico** evitando la pérdida de información que deviene del uso de categorías dicotómicas. Uno de los problemas que acarrea es que no es adecuado para la medición de desórdenes de baja prevalencia y el grado en que los métodos de recolección de datos y los ámbitos en que esto se realiza pueden influenciar los resultados, en el sentido de que las puntuaciones pueden llegar a reflejar más los sesgos de los informantes que el comportamiento real de los niños.

En la discusión sobre la correspondencia entre los síndromes estadísticamente derivados y los modelos categóricos Quay (1986) ha comparado las principales características conductuales de las dimensiones a los criterios diagnósticos de los sistemas clínicamente derivados. Achenbach (1980) también ha analizado esta correspondencia con el DSM III pero sólo basado en las semejanzas descriptivas entre los síndromes y los diagnósticos mientras que Edelbrock y Costello (1988) ha provisto evidencia empírica de la convergencia a través de una amplia muestra clínica. Es por esto que Quay (1986) concluye "mientras es fácil pensar por categorías y podemos crear arbitrariamente categorías a partir de dimensiones, parece muy verosímil que (...) la perspectiva cuantitativa de la psicopatología infantil es la correcta".

Diferentes tipos de instrumentos de medición derivan de los enfoques mencionados: escalas y listas de confrontación de comportamientos corresponden al **dimensional** mientras que entrevistas estructuradas y semi estructuradas corresponden al **categórico**.

Las escalas y listas de confrontación eluden ciertas limitaciones de las entrevistas estructuradas aumentando el poder analítico y la confiabilidad. Como señalan Pedreira y sus colegas (1993) "el uso de escalas posee indudables ventajas: capacidad para recoger información de personas que conviven con el niño, permitiendo obtener información más allá de la mera observación directa, son baratas y eficientes, proporcionan datos que abarcan una gran variedad de posibles cuadros clínicos, y consiguen incorporar opiniones de personas significativas del entorno del niño". El instrumento consiste en un conjunto de ítems predeterminados que describen el comportamiento infantil, categorizados en términos de escalas derivadas empíricamente. Las respuestas son luego analizadas factorialmente a fin de identificar síndromes de problemas conductuales. Dos instrumentos que emplean informantes múltiples han sido ampliamente utilizados en investigación: el *Parent and Teacher Rating scales* desarrollado por Connors y sus colegas (Goyette et. al., 1978, citado por Edelbrock, 1987) y el *Child Behavior Checklist and Profile* desarrollado por Achenbach y Edelbrock (Achenbach et. al., 1983, 1991).

Pedreira y sus colegas (1993) consideran que existen en la actualidad suficientes escalas para valorar los trastornos psicopatológicos en la infancia por lo que no sería necesaria la elaboración de nuevos instrumentos de tipo general. Juzgan que el avance de la investigación se obtendrá a partir de la profundización en el uso de las ya existentes, destacando el CBCL de Achenbach como una de las más desarrolladas. Sostienen que "en general se admite que las escalas CBCL son las más estandarizadas, ya que permiten valorar una amplia gama psicopatológica, aunque no serían de gran utilidad para trastornos psicopatológicos muy específicos (autismos, etc.)..."

De los instrumentos mencionados el CBCL es muy apropiada para el uso en investigaciones epidemiológicas en el sentido que brinda la posibilidad de estudiar grandes poblaciones de manera simple, confiable y eficiente y no depende de la realización de complejas inferencias por parte de personal clínico altamente entrenado. Ha sido utilizado en procesos de despistaje en varios estudios (Bird et. al., 1987, 1991; Garrison et. al., 1985; Costello, E.J., 1988; Verhulst & Van der Ende, 1991), para investigar la relación entre factores de riesgo y la severidad y tipo de desorden de la infancia (Mooney et. al., 1987), para evaluar la estabilidad de los problemas conductuales infantiles a través del tiempo (Verhulst et. al., 1990; Koot & Verhulst, 1992), en la validación del constructo desorden depresivo mayor en la infancia como entidad diagnóstica (Seifer et. al., 1989), para evaluar el impacto de comorbilidad psiquiátrica en el trastorno de Déficit de atención (Steingard, R. et.al., 1992) entre otros.

Entre las entrevistas estructuradas se encuentran el *Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA)* desarrollado por Herjanic y sus colegas (1982), el *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* para niños en edad escolar (*Kiddie-SADS*) de Puig-Antich (1980), el *Child Assessment Schedule (CAS)* de Hodges (1982) y el *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)* (Shaffer, D. et.al, 2000). Este tipo de instrumentos ha suministrado una aproximación más sistemática y objetiva a la evaluación de la psicopatología infantil, aunque su aplicación a la investigación epidemiológica es restringida debido a la extensión de

estas entrevistas y a la necesidad de entrenamiento clínico y específico para su uso en la mayoría de los casos (Costello, 1987; Zilber et. Al., 1993).

En función de lo expuesto se observa la necesidad de recolectar información de tipo epidemiológico con el objeto de comenzar a reconocer la oferta y la demanda de servicios de salud mental, por ello, este trabajo se propone relevar y analizar la oferta de servicios de salud mental en la ciudad de Monte Hermoso, de obtener información sobre los motivos de demanda y de analizar la prevalencia de los trastornos mentales de las personas que solicitan asistencia.

METODOLOGIA

1-Muestra

Los datos para el presente trabajo fueron recolectados en el Servicio de Psicología del Hospital Dr. Ramón Carrillo de la ciudad de Monte Hermoso, Pcia. de Buenos Aires, Argentina. En este hospital dos profesionales psicólogas se dedican a la atención de niños y adolescentes. Los usuarios de este servicio son habitantes de la ciudad y de Sauce Grande, localidad pequeña dependiente del Partido de Monte Hermoso. La muestra fue casual y se analizaron todos los casos ingresados al servicio durante tres meses, en temporada baja. La cantidad final de entrevistados fue de 30 padres, madres y/o abuelas de los niños que más tarde serían atendidos. Las edades de los sujetos oscilaron entre los 6 y los 14 años.

2-Instrumentos

Para recabar la información acerca de la Oferta en Salud Mental infanto-juvenil se realizaron encuestas estructuradas a las profesionales que se dedican a la atención de niños y adolescentes. En las mismas se indagó, en relación al servicio, la forma de trabajo, el criterio de admisión, el tipo de demanda, cómo la demanda varía a lo largo del año, qué factores favorecen y cuáles entorpecen el trabajo, entre otras. También se indagó acerca de la formación académica de las profesionales, teoría a la que adhieren, tipos de instrumentos utilizados en la práctica, antigüedad y exclusividad o no en el cargo, cantidad de horas trabajadas

por semana, cantidad promedio de pacientes, etc. (En anexo se adjunta una copia del instrumento)

La información acerca de las características de la demanda se obtuvo a partir de la administración del Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach y Edelbrock, 1983; validado por Samaniego, 1998), encuesta socio-demográfica y cuestionario sobre eventos vitales.

El CBCL se basa en un modelo dimensional de clasificación en psicopatología infantil, que concibe al desorden como un grupo de síntomas que forman una dimensión o un continuo donde todos los individuos tienen un lugar, presentando el trastorno en mayor o menor grado.

Los instrumentos derivados del enfoque dimensional consisten en un conjunto de ítems predeterminados que describen el comportamiento infantil, que se categorizan en términos de escalas derivadas empíricamente en vez de síndromes o desórdenes tradicionales o definidos a priori. Diferentes tipos de informantes (en este caso padres o adulto responsable) estiman la presencia, frecuencia o severidad de problemas de conducta seleccionados. Luego se realiza un análisis factorial de las respuestas a fin de identificar síndromes de problema de conducta.

Al no utilizar síndromes o desórdenes tradicionalmente definidos a priori supera las debilidades del sistema categórico, también llamado médico, que considera patologías presentes o ausentes de acuerdo a la clasificación de la OMS (CIE) o de la APA (DSM). Esta característica no nos restringe a un enfoque conceptual determinado, permitiéndonos adecuar el análisis de datos a los objetivos propuestos en el estudio.

El CBCL es un instrumento estandarizado para registrar los problemas comportamentales y competencias sociales de niños entre 4 y 18 años. El inventario diseñado para padres incluye 20 ítems referidos a competencias sociales, relativos al desempeño escolar, relaciones sociales y participación en actividades, y 118 ítems de problemas comportamentales, que pueden ser categorizados de la siguiente forma: 0= no es cierto, 1= es cierto algunas veces o de cierta manera, 2= muy cierto o a menudo cierto. El puntaje total se obtiene a partir de la suma de los parciales. El inventario ha demostrado un poder de

discriminación satisfactorio entre población clínica y población general en el contexto argentino, habiendo supervisado su validación por el Dr. Achenbach (Universidad de Vermont, U.S.A). En el contexto argentino ha demostrado un poder de discriminación satisfactorio entre la población clínica y población general, respecto a la confiabilidad los estudios test-retest y estabilidad a largo plazo arrojaron valores elevados .91 y .75 respectivamente (Samaniego, 1998).

El CBCL puede ser utilizado como un instrumento para su uso en la investigación epidemiológica, como instrumento de screening o bien para orientar la actividad cotidiana del personal asistencial.

3- Procedimiento

La recolección de datos, tanto las encuestas a las profesionales de la Institución como la aplicación del CBCL a los padres, abuelos, o acompañantes de los niños por los cuales se solicitaba ayuda, fue llevada a cabo en el Hospital Menor Dr. Ramón Carrillo, Monte Hermoso, por la autora del presente trabajo. El CBCL a los acompañantes de los niños les fue aplicado luego de la entrevista de admisión en algunos casos y en el día de la primer entrevista de tratamiento en otros. Este trabajo se desarrollo durante tres meses, abarcando desde los primeros días de abril hasta los primeros días de julio.

4- Resultados

OFERTA EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

HOSPITAL MENOR "DR. RAMON CARRILLO"- MONTE HERMOSO - SERVICIO DE PSICOLOGÍA

En el Servicio trabajan cinco (5) Licenciadas en Psicología, tres de ellas están abocadas a la atención de adultos y dos a niños y adolescentes.

No hay una distinción jerárquica de cargos. Los modos de relación laboral son diferentes, ya que una Licenciada es de Planta Permanente, una pertenece al Ministerio Provincial (con pase) y el resto son Contratadas (Monotributistas).

Las integrantes del Servicio se reúnen semanalmente y una vez al mes cuentan con espacio de supervisión a cargo de un Médico Psiquiatra, con orientación Psicoanalítica.

Cada quince días se realizan entrevistas de admisión y orientación. Luego se deriva el paciente a la profesional que posea turno, o queda en lista de espera si en ese momento no hay turnos disponibles. El tiempo en lista de espera puede oscilar entre uno y tres o cuatro meses.

El criterio de admisión es que al momento de la consulta se pueda despejar la necesidad de tratamiento y que el caso no requiera de una formación especializada, tal como Psicología de la discapacidad. También se evalúa situación de sufrimiento subjetivo, riesgo para sí o para terceros. No se admiten pacientes perversos ni psicópatas.

Recientemente se ha comenzado a implementar la organización de Grupos de espera al tratamiento, coordinado por una de las profesionales que atiende niños y adolescentes.

El Servicio también participa del Programa Preventivo y de Atención denominado "Control del Niño Sano", programa en el cual se trabaja interdisciplinariamente con el Médico Pediatra, Asistente Social y profesionales encargados de Estimulación Temprana. En diversas oportunidades, se han realizado talleres en instituciones educativas sobre distintos temas, entre ellos "Sexualidad Responsable", "Violencia", "Toxicomanías y Adicciones", etc. Estos talleres pertenecen al "Programa Municipios Saludables" coordinado desde la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Monte Hermoso.

Entre las tareas del Servicio también se cuenta la realización de evaluaciones para otorgar Aptos Psíquicos, tanto para titularizaciones docentes como para los aspirantes a la Policía Comunal.

Atención infanto- juvenil

Esta a cargo de dos de las Licenciadas en Psicología del Servicio. Una de ellas obtuvo su título de grado en la Universidad de Buenos aires. Terminó sus estudios en diciembre del 2001. Luego de recibida rindió el examen de residencia en

Buenos Aires e ingresó como concurrente en el Hospital Interdisciplinario Dr. José Tiburcio Borda, desde 2002 hasta julio 2003. Mientras trabajaba allí realizó distintos cursos dentro del Servicio de internación de agudos del que formaba parte y en otros servicios del Hospital. Paralelamente, realizaba cursos en distintas instituciones psicoanalíticas. Cursó, ya egresada de la UBA, Psicodiagnóstico Rorschach en la Facultad de Psicología de esa Universidad. También participó de diferentes congresos durante ese período. Las temáticas de formación se basaron fundamentalmente en la clínica psicoanalítica y en la práctica en el campo de la psicosis. Durante el año 2006 participó de las Jornadas Anuales de Psiquiatría Infanto-Juvenil en el Hospital Municipal Leónidas Lucero, en la ciudad de Bahía Blanca, abordando diferentes temas cada mes. Actualmente se encuentra estudiando el Seminario 10 de Lacan, en un grupo de estudio coordinado por un miembro de la EOL (Escuela de Orientación Lacaniana) en la ciudad de Bahía Blanca. También realiza el Curso Anual del IOM (Instituto Oscar Masotta), Delegación Bahía Blanca. El tema del ciclo 2008: "El Objeto en la experiencia analítica".

En el Hospital Dr. Ramón Carrillo trabaja desde Octubre del 2003. Cubre 10 hs. semanales. Atiende entre 3 y 6 pacientes por día, según la carga horaria de cada día. La metodología de trabajo es Individual. En algunas ocasiones administra baterías de test mínimas, test psicométricos y sobre todo proyectivos tales como Bender, HTP, Familia Kinética, Persona bajo la lluvia, etc. Hace más de un año, además de atender consultorio y en el Hospital, trabaja en el CPA (Centro Provincial de Atención de las Adicciones). Desde que ingresó en esta institución ha participado en Foros, Congresos y Cursos ligados a la Salud Pública y la Clínica de las toxicomanías. Realiza quincenalmente análisis personal, con un miembro del IOM

Como factores que favorecen el trabajo en la Institución menciona la conformación del Equipo de Trabajo donde las distintas profesionales poseen en su mayoría la misma formación: egresadas de Universidades Públicas (UNLP, UBA). Haber logrado un espacio de supervisión. Contar con libertad, tanto desde la Secretaría

de Salud del Municipio como desde la Dirección del Hospital, para organizar el trabajo. No menciona ningún factor que perjudique o entorpezca la labor.

La otra Licenciada que se dedica a la atención de niños y adolescentes obtuvo su título de grado en la Universidad de La Plata, en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, en Agosto del 2003. Trabaja en el Hospital Dr. Ramón Carrillo, en concurrencia- ad honorem desde febrero 2004 hasta noviembre del 2005 y como personal contratado (monotributista) desde noviembre 2005 hasta la fecha. Atiende en consultorio privado y es Coordinadora del Servicio Local de Promoción y Protección de los Derechos del Niño y el Adolescente. Actualmente no esta realizando análisis personal, por cambio de analista. Se analizó en la ciudad de La plata entre 1998 y 2001 y en la ciudad de Bahía Blanca entre 2005 y 2007.

En el Hospital cubre 10 hs. semanales. Atiende un promedio de 7 pacientes por día. La metodología de trabajo es Individual. No utiliza instrumentos de evaluación psicológica en su trabajo clínico. Como factores que favorecen el trabajo menciona el número de profesionales que mantienen un trabajo grupal de elaboración y evaluación de la modalidad de trabajo. Y como factores que perjudican ubica el número de horas, que resulta escaso y la discontinuidad en la demanda de asistencia y promoción.

Según las profesionales encargadas de la atención infanto-juvenil la demanda proviene de niños y adolescentes, entre 5 y 18 años. En cuanto al nivel socioeconómico, pertenecientes en su mayoría a clases media y baja. El tipo de demanda generalmente es espontánea y derivaciones oficiales, principalmente desde el ámbito educativo. Los motivos de consulta varían desde trastornos de conducta, trastornos adaptativos, y conflictos familiares y en menor medida trastornos del lenguaje, trastornos del aprendizaje, trastornos de la alimentación, trastornos por déficit de atención con hiperactividad, etc.

La demanda varía según la época del año, sobre todo en el mes de enero, disminuye significativamente, debido a que la mayoría de los adultos se encuentran abocados al trabajo de la temporada de verano, por ser esta una ciudad balnearia. Otro cambio significativo en la demanda, también se nota en los

meses de verano, donde se ve incrementado el número de urgencias que llegan al Servicio.

En caso que se requieran interconsultas y/o derivaciones psiquiátricas se deriva generalmente al Hospital Interzonal Dr. José Penna de la ciudad de Bahía Blanca o al Hospital Municipal Leónidas Lucero de la misma ciudad.

Las psicólogas del Servicio, en la actualidad no realizan guardias, tiempo atrás si lo hacían. Las urgencias son cubiertas por el médico de guardia y la interconsulta se responde inmediatamente por las profesionales en el horario de atención que es cubierto por las cinco Licenciadas en forma semanal.

DATOS DEL HOSPITAL MENOR DR. RAMON CARRILLO

Domicilio: Puerto Madryn y Dr. R. Zabala - Teléfono: 02921- 481127/ 481333

Ref. Epidemiología y Administración: Graciela Norma Noemí Cores

Dependencia: Municipal

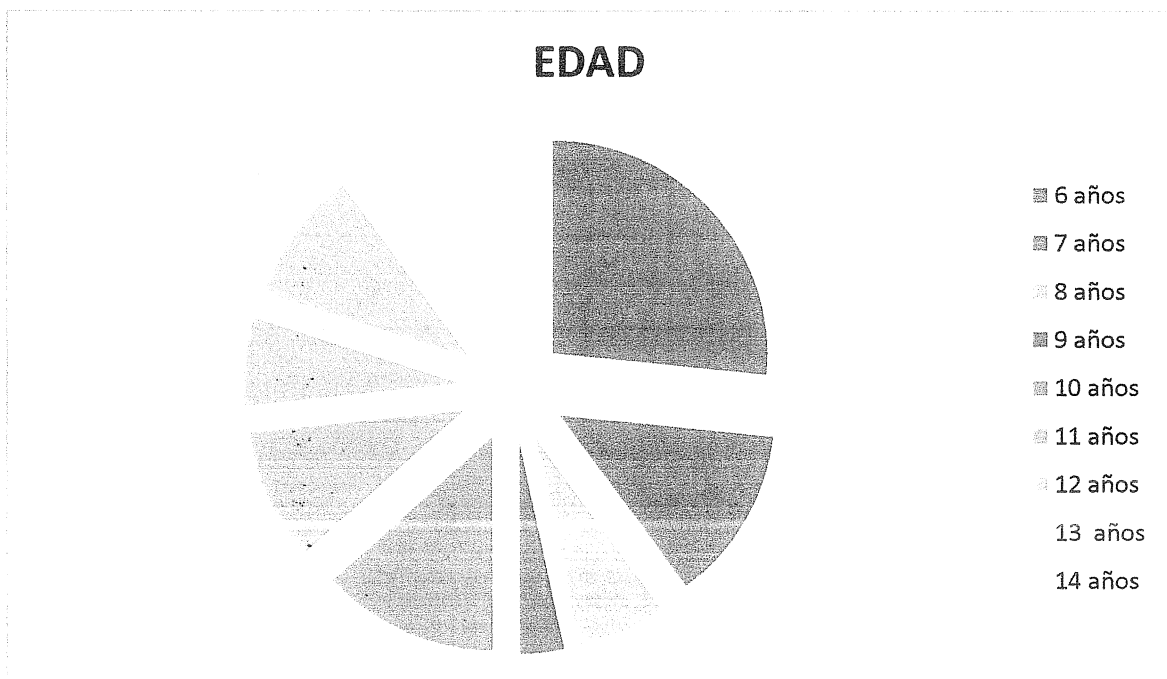
Horarios de atención: por la mañana y por la tarde (sólo algunas especialidades).

Objetivo principal de la institución: asistencia.

Inauguración: 1º de abril de 1994

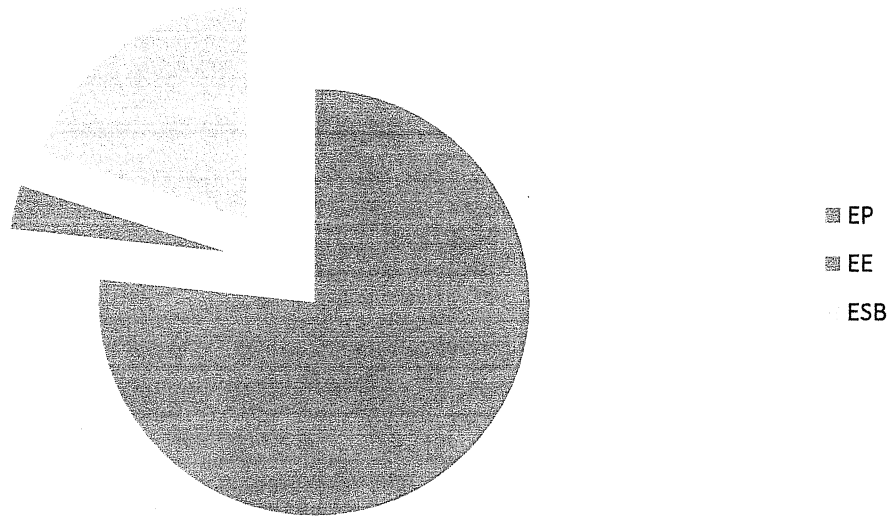
CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL
HOSPITAL MENOR "DR. RAMON CARRILLO"- MONTE HERMOSO
SERVICIO DE PSICOLOGÍA

En total, se relevó información de 30 sujetos, 56.66% son de sexo masculino y el 43.33% femenino. En relación a las edades de quienes consultaron un 26.66% fueron niños de 6 años, un 13.33% de 7 años, un 13.33% de 10 años, 10% de 11 años, 10% de 13 y 10% de 14 años, un 6.66% de 12 años, un 6.66% de 8 años y sólo un 3.33% de 9 años.



Con relación al Nivel educativo: un 76.66% de los entrevistados asisten a la Escuela Primaria, un 20% a la ESB y un 3.33% a la Escuela Especial. El 70% son no repitentes, el otro 30% son repitentes.

NIVEL EDUCATIVO

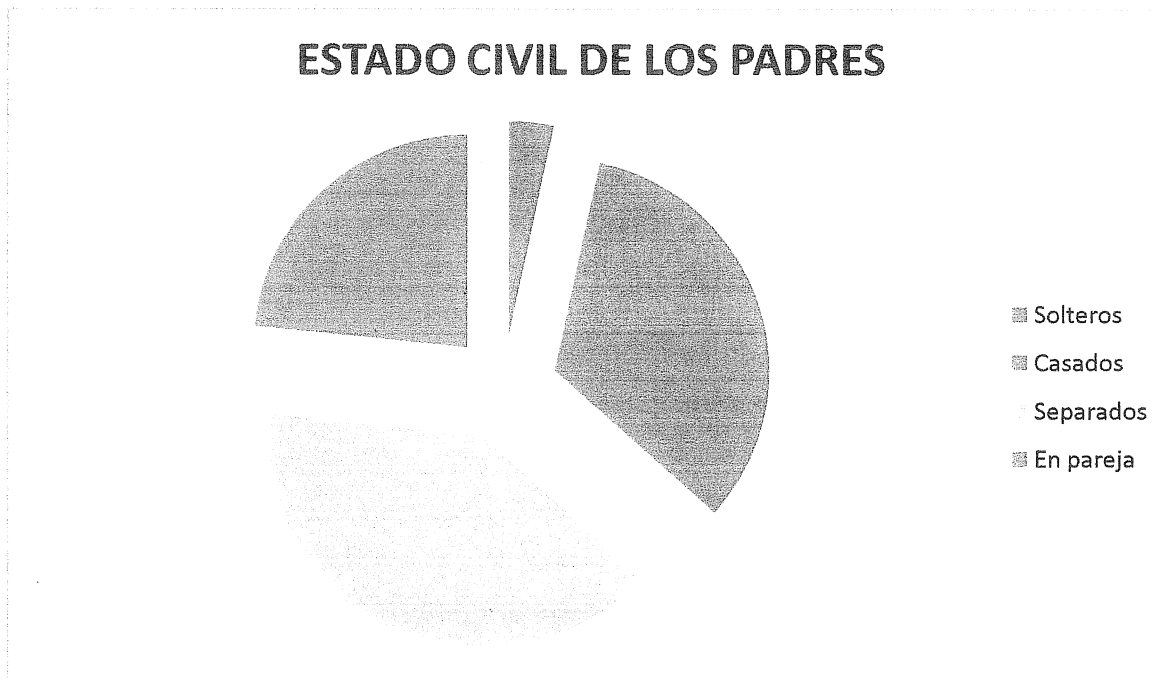


Desde lo socioeconómico, podemos decir que el sostén económico de estas familias en un 36.66% es la pareja parental, en un 26.66% lo hacen la mujer de la casa, y en un 26.66% el hombre. Hay un 10% de los casos en los cuales el sostén económico de la familia es la abuela/o.

SOSTEN ECONOMICO



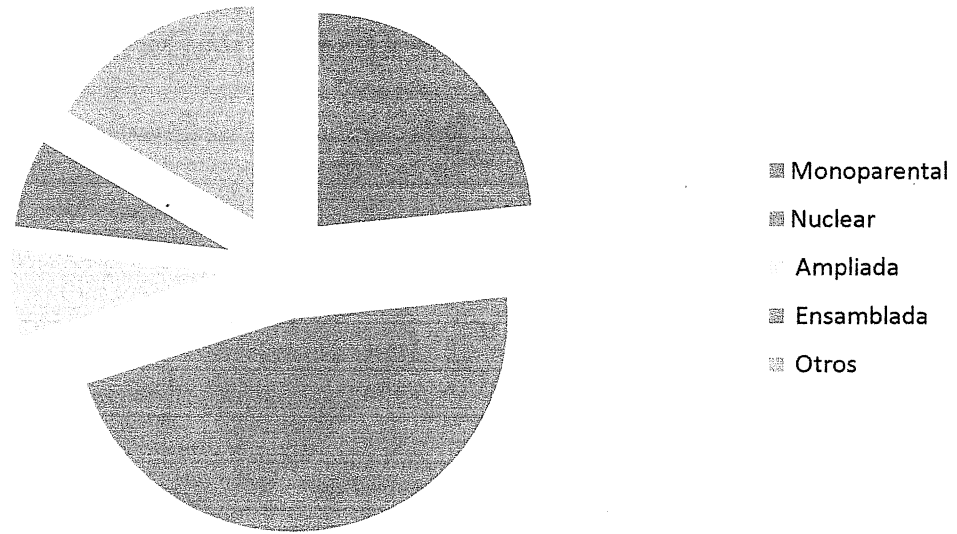
El 40% de los padres que consultaron están separados, un 33.33% están casados, un 23.33% están en pareja y un 3.33% está soltero.



Las características del grupo familiar que convive con el niño en un 46.66% es nuclear, un 23.33% monoparental, un 16.66% de las familias los que conviven son la abuela, con el niño y su madre; la abuela, la pareja de la abuela, la madre y el niño; la madre, el padre, la hermana y el cuñado; etc. Y en un 6.66% la familia es ampliada y en el otro 6.66% restante el tipo de familia que convive con el niño es ensamblada. En ningún caso se registra hacinamiento.

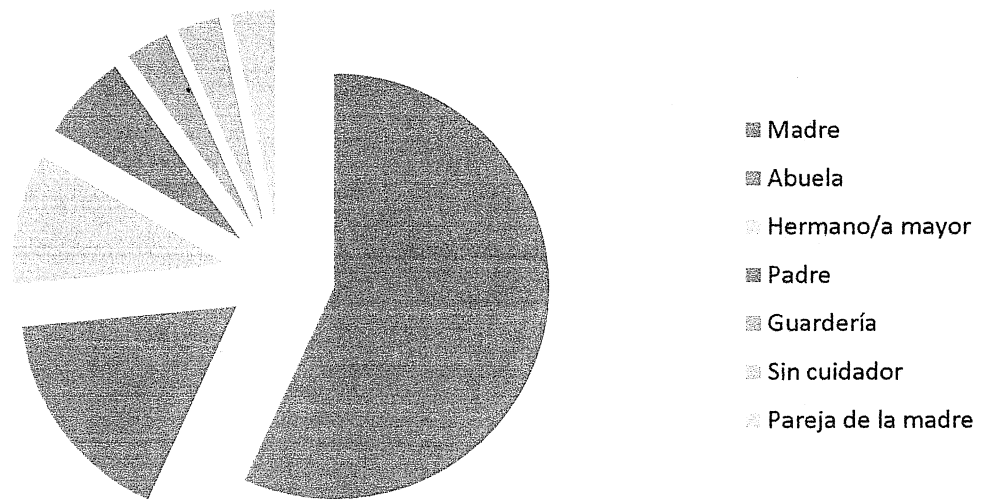


GRUPO DE CONVIVENCIA



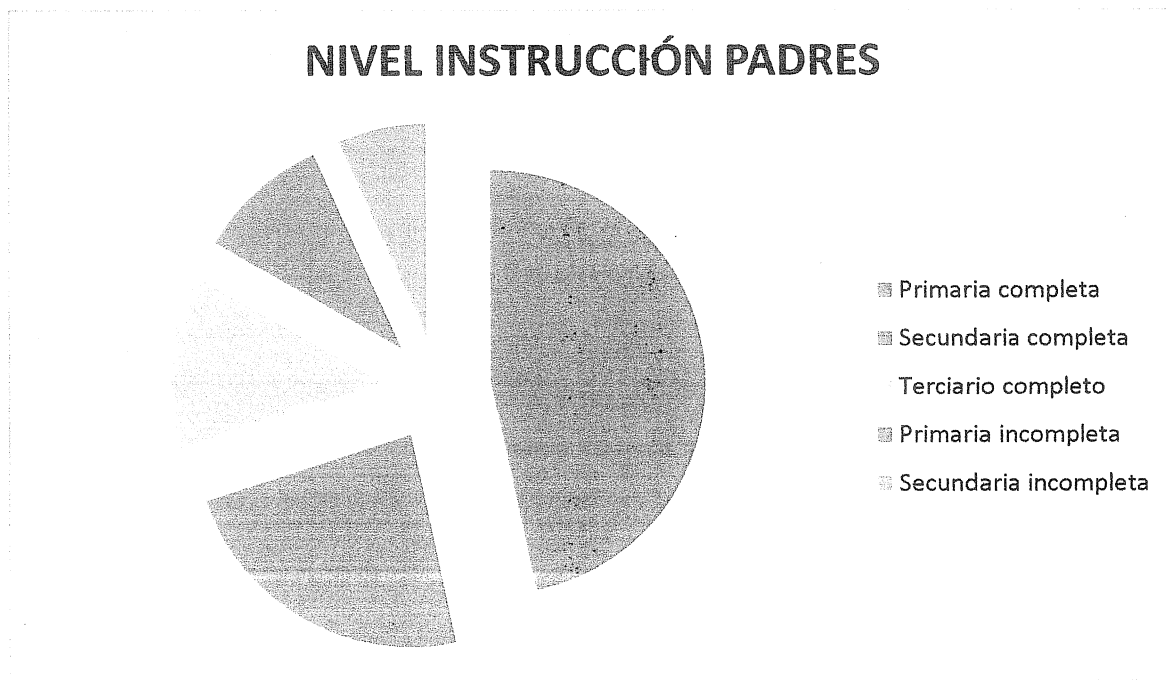
En un 56.6% de los casos los niños están al cuidado de la madre, un 16.6% al cuidado de la abuela, un 10% son cuidados por hermanas/os mayores, un 6.6% por los padres y en la muestra sólo un niño iba a guardería y uno de los mayores en edad quedaba solo, sin cuidador a cargo.

CUIDADOR PRINCIPAL

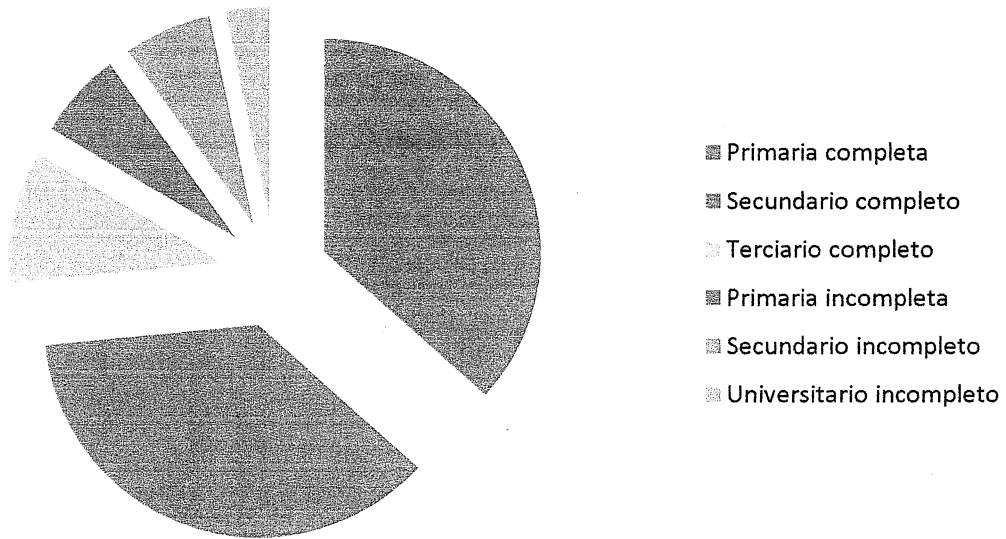


El 46.6% de los padres tiene Primaria completa como máximo nivel de instrucción. Sólo un 23.3% tiene Secundaria completa y un 13.3% tiene completo el nivel terciario.

Con respecto a las madres, un 36.6% tiene Primaria completa, un 36.6% Secundaria completa, una madre Universitario incompleto y un 10% tiene Terciario completo. El 86.6% de los padres encuestados estaba trabajando al momento de la entrevista y el 13.3 restante no.

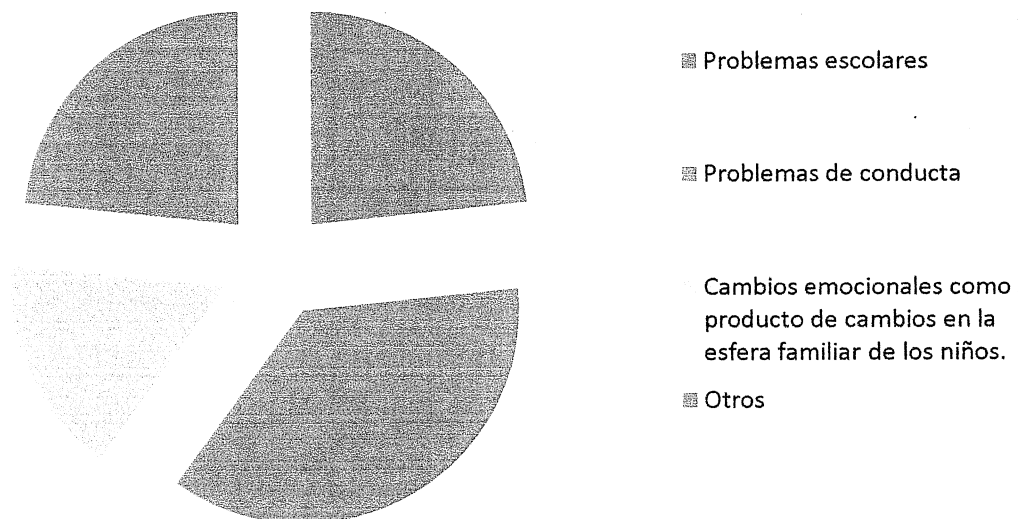


NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES



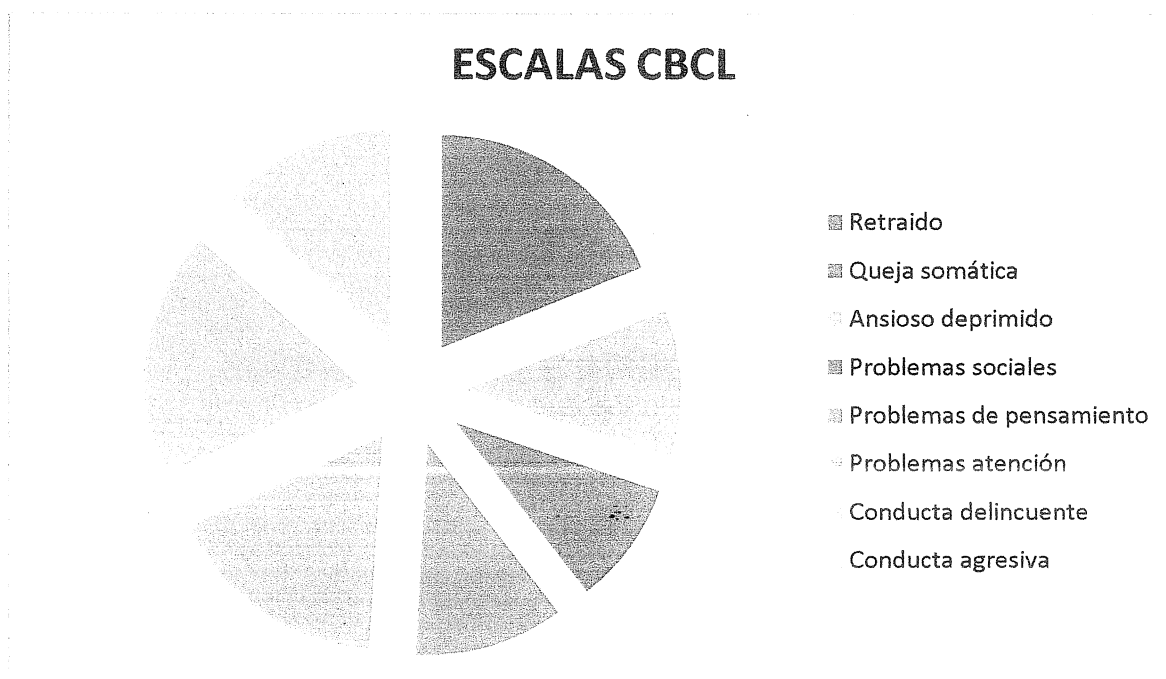
Cuando se indagó acerca de los motivos de consulta, cuáles eran las razones por las cuales traían a los niños a la consulta, surgieron principalmente la mala conducta, los problemas escolares y cambios emocionales como producto de cambios en la esfera familiar de los niños.

MOTIVO DE CONSULTA



Dentro de "otros" se encuentran motivos de consulta variados como dolores sin problemas orgánicos, enuresis, tristeza e introversión, hiperactividad, recomendación del pediatra, miedos.

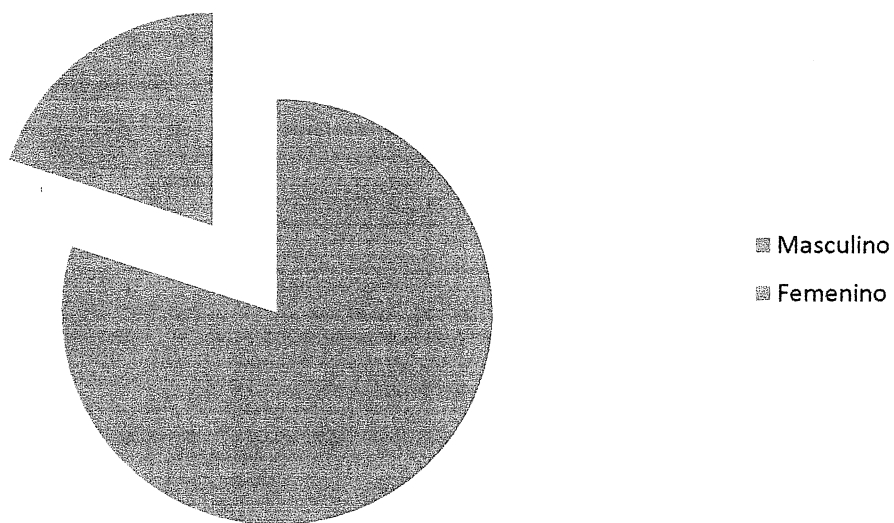
Los resultados obtenidos en las escalas del CBCL fueron que: un 33.3% (n=10) del total presenta indicadores de Conducta Delincuente, un 33.3%(n=10) Conducta Retraída, un 30% (n=9) Problemas de Atención, un 23.33% (n=7) Conducta Agresiva, un 20% (n=6) Ansioso-deprimido, un 20% (n=6) Problemas de pensamiento y un 16.67% (n=5) Problemas social. Nadie presentó indicadores para la Escala de Queja somática.



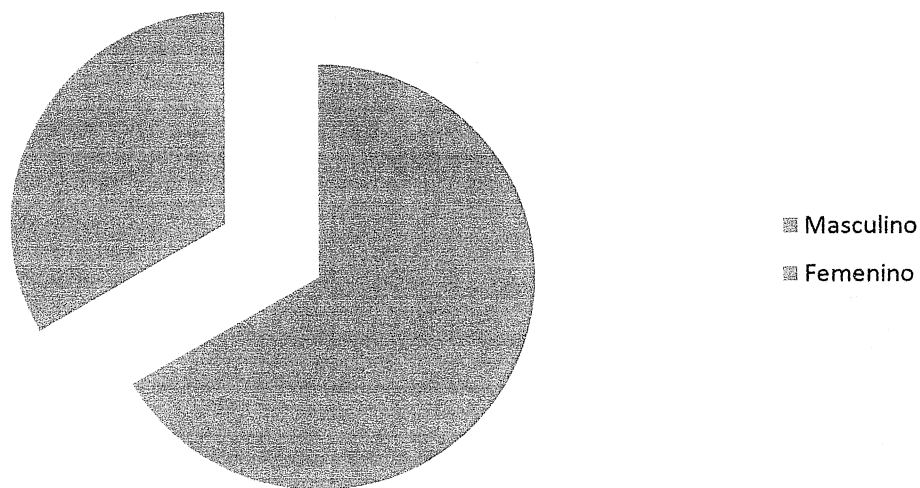
En la escala Conducta Retraída el 20% de niños son de sexo femenino y el 80% restante son de sexo masculino, igual porcentaje que en la escala Problema Social. En la escala Ansioso-deprimido un 66.6% son de sexo masculino, el resto femenino. En la escala Problema de pensamiento, hay un 50% femenino y un 50% masculino. En la escala Problema de atención el 66.6% es de sexo masculino. En Conducta Delincuente un 60% es de sexo masculino, el resto femenino. Los porcentajes en la escala Conducta agresiva son un 71.4% masculino y un 28.57% femenino.

GRAFICOS DE RESULTADOS DE LAS ESCALAS SEGÚN SEXO

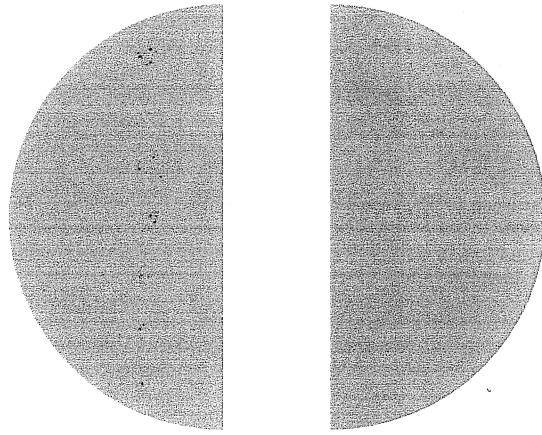
Conducta retraida y Probl. Social



Ansioso deprimido y Probl. Atención

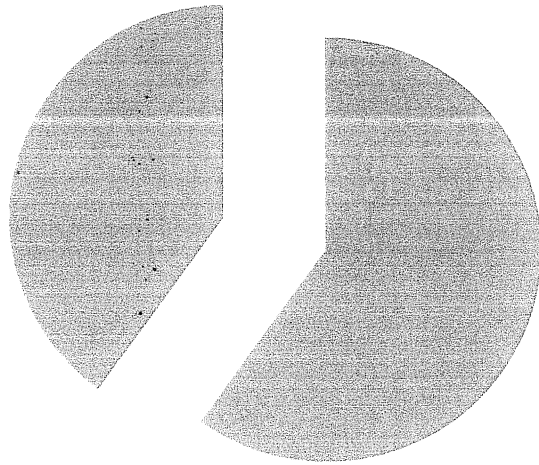


Probl. Pensamiento



- Masculino
- Femenino

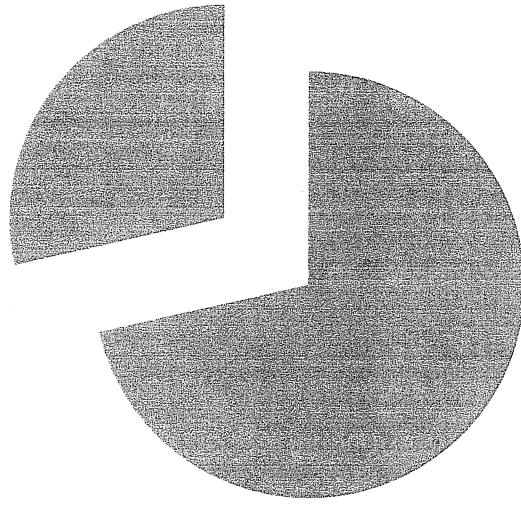
Conducta delincuyente



- Masculino
- Femenino



Conducta agresiva



■ Masculino

■ Femenino

DISCUSION DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Considerando que el objetivo de este trabajo fue el de relevar y analizar la oferta de servicios de salud mental en la ciudad de Monte Hermoso, de obtener información sobre los motivos de demanda y de analizar la prevalencia de los trastornos mentales de las personas que solicitan asistencia, podemos establecer que en el Hospital Dr. Ramón Carrillo, en el servicio de Psicología, son dos las profesionales abocadas a la atención de niños y adolescentes. Ambas formadas en Universidades públicas (UBA y UNLP) y con orientación psicoanalítica. Cubren 10 horas semanales de atención cada una, un promedio de 6 a 7 niños por día. Una vez al mes realizan entrevistas de admisión general.

Si tenemos en cuenta la cantidad de pacientes que hay en lista de espera y los que están en tratamiento podemos pensar que la cantidad de tiempo destinado a la atención de los pacientes es poco. La escasa cantidad de horas fue resaltado por una de las profesionales como uno de los factores que entorpecen su labor. Resulta necesario agilizar los tiempos de atención, hay listas de espera, y si bien se comenzó a trabajar con un Grupo de espera al tratamiento sería interesante que puedan acceder más rápidamente al tratamiento individual.

La metodología de trabajo es individual y no utilizan, generalmente, instrumentos de evaluación psicológica en su labor clínica. Una de las profesionales mencionó utilizar en algunas ocasiones baterías de test mínima, algún test psicométrico y sobre todo proyectivos, tales como Bender, Familia kinética y Persona bajo la lluvia.

A mi entender, sería necesario hacer cambios con respecto a la metodología de trabajo. Muchas veces, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que nos ocurre no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio. Utilizar terapias a corto plazo y poner énfasis en la cuantificación, así se pueden medir los progresos obtenidos. Desde la primera sesión se podrían administrar cuestionarios y planillas en los que se evalúen los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición sería repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio.

Creo que poniendo en práctica algunas de estas cuestiones y ampliando el horario de atención se podría mejorar y hacer más efectiva la práctica psicológica con niños y adolescentes en este Hospital.

Según las Licenciadas, la demanda proviene de niños y adolescentes entre 5 y 18 años. En la muestra tomada, un 30% tiene 6 años de edad, momento en el cual se ingresa a la Escuela Primaria. Es en su mayoría espontánea y de derivaciones oficiales (principalmente del ámbito educativo). Como motivos de consulta principales mencionaron: trastornos del lenguaje, del aprendizaje, de la alimentación, por déficit de atención con hiperactividad.

Los motivos de consulta esbozados por los encuestados fueron problemas de conducta, problemas escolares y cambios emocionales como producto de cambios en la esfera familiar de los niños.

En los resultados del CBCL observamos que un 33% obtuvo indicadores en la Escala de Conducta Delincuente, 33% en Conducta retraída, 30% en Problemas de atención y 23,33% en Conducta agresiva.

En relación al motivo de consulta mencionado por las profesionales, los encuestados y los resultados obtenidos en el CBCL encontramos, nuevamente, la falta de una expresión única al momento de clasificar. Sería de vital importancia contar con una nosología común, ya que posibilitaría, desde las clínicas, mejorar la prevención y tratamiento de ciertos trastornos y en cuanto a la investigación, para comprender la patogénesis de los mismos.

Igualmente podemos pensar que lo planteado por los informantes y los resultados del CBCL se relacionan directamente, podemos pensar que "Mala conducta" y "Problemas escolares" son formas diferentes de nominar "Conducta delincuente", "Conducta retraída", "Conducta agresiva", "Problemas de atención", "Ansioso-deprimido", y "Problema de pensamiento".

De los datos obtenidos surge que el sexo está asociado a los niveles de presencia de problemas psicológicos, siendo los varones quienes obtuvieron mayores porcentajes en todas las escalas. Sólo en la escala "Problemas de pensamiento" el porcentaje es el mismo para niñas y niños.

Desde lo socioeconómico, podemos decir que en las familias encuestadas no hay hacinamiento, el 90% tiene trabajo, un 50% de los padres tiene como nivel de instrucción la primaria completa y un 40% de las madres la Secundaria Completa. El cuidador principal es la madre, y el sostén económico es en un 40% la pareja parental. Si bien un 40% es divorciado, un 30% está casado y un 23% en pareja.

En síntesis, la oferta de servicio de salud mental infanto juvenil en el Hospital Dr. Ramón Carrillo de Monte Hermoso está compuesta por dos licenciadas en psicología recibidas en universidades públicas, con orientación en psicoanálisis. Cubren 10 hs. semanales, con un promedio de 6 a 7 niños por día. La metodología de trabajo es individual y no utilizan, generalmente, instrumentos de evaluación psicológica. Hay lista de espera. Funciona un grupo de espera al tratamiento.

La demanda proviene de niños y adolescentes entre 5 y 18 años. La muestra fue con 30 individuos. Con padres que tienen trabajo y un nivel de instrucción básico. La mayoría están casados o en pareja. El cuidador principal es la madre. En el CBCL presentaron indicadores en las escalas "Conducta Delincuente", "Conducta Retraída", "Problemas de Atención", "Conducta Agresiva", "Ansioso-deprimido", "Problemas de pensamientos", "Problemas sociales". El género está asociado a los niveles de presencia de problemas psicológicos, siendo los varones quienes obtuvieron mayores porcentajes en todas las escalas.

Los resultados sirven para plantear la necesidad de una expresión única al momento de clasificar, una nosología común, ya que posibilitaría, desde las clínicas, mejorar la prevención y tratamiento de ciertos trastornos y en cuanto a la investigación, para comprender la patogénesis de los mismos. La necesidad de administrar cuestionarios y planillas en los que se evalúen los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características y que esta medición sea repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio. La necesidad de mayor cantidad de horas de atención.

Es importante tener en cuenta que los datos del presente informe son obtenidos en un lugar en particular, y por lo tanto, deben ser considerados como tales, como parámetros históricos-culturales de una sociedad y evitar su generalización.

Si consideramos que la mayor parte de las enfermedades, tanto mentales como físicas, obedecen a una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales debemos plantearnos la posibilidad de realizar más estudios como el presente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1978) The classification of Child Psychopathology: A review and Analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin* 85 N° 6, 1275-1301
- Achenbach, T.M. (1980) DSM-III in light of empirical research on the classification of child Psychopathology . *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19:395-412.
- Almeida-Filho, N. Y Canino, G. (1995) Epidemiología psiquiátrica. Definiciones, métodos, investigaciones. En Vidal, G.; Alarcón, R.; Lolas Stepke, F. *Enciclopedia iberoamericana de psiquiatría*. Tomo II. Buenos Aires: Editorial médica panamericana.
- Alzate, M. (2003). Epidemiología psiquiátrica. *Revista colombiana de psiquiatría*; 32(1): 85-92
- Aszkenazi M, Casullo MM. (1984) Factores socioculturales y presencia de psicopatologías en poblaciones de distintas localidades argentinas. *Acta Psiquiatrica Psicol Am Lat.*; 30:11-20.
- Barcala, A.; Torricelli, F.; Vila, N.; Antonioli, C.; Czerniecki, S.; Cioffi, L.; Lefebvre, T.; Etcheverry, L. Servicios de psicopatología y salud mental del sector público de la ciudad de Buenos Aires: prevalencia institucional y respuesta asistencial a niños/as con trastornos psicopatológicos graves. Memorias de las X jornadas de investigación. "Salud, Educación, Justicia y Trabajo. Aportes de la investigación en Psicología". U.B.A. Facultad de Psicología. 14/15 de Agosto de 2003. Tomo II.
- Berro, B. (1997). Metodología de sitios centinela en la planificación de salud. *Revista Cubana de Alimentos y Nutrición*. 11(2):117-122
- Brenlla, M.; Diuk, L. Y Maristany, M. (1992). *Evaluación de la personalidad. Aportes del MMPI2*. Psicoteca
- Caraveo, J. J.; Colmenares, E. & Martínez, N. A. (2002) Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6): 492-498

- Caraveo, J. J.; González, F. C.; Ramos, L. L. & Mendoza, B. P. (1986) Necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental. *Salud Pública de México*, 28(5): 504-514.
- Casullo, M. (1992). *Las técnicas psicométricas y el diagnóstico psicopatológico*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Casullo, M.; Aszkenazi, M. (1986) Prevalencia de patologías mentales en la argentina: 1979-1983. *Medicina y sociedad*. Vol. 9- N°3
- Consortio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica (ICPE). (2000) Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos relacionados. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Recopilación de artículos N°3, 92-105
- Chuit, R. (2001). Vigilancia epidemiológica a Vigilancia de salud. *Boletín Anual de Medicina*. 79; 291-300. En: <http://epidemiologia.ar11.toservers.com>
- Dirección General de Salud Mental de la Provincia de Córdoba. Cuestionario Epidemiológico de sintomatología Mental (CESIM).
- Dirección de salud mental. Secretaria de salud. Gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Programa de investigación y vigilancia epidemiológica en salud mental. Plan de salud mental 2002-2006. En: www.gcba.gov.ar
- Ferrero, A. (2003) Historia y estado actual de los estudios epidemiológicos en salud mental en América Latina. El caso argentino. *Acta psiquiátrica Psicológica América latina*. 49(1-4): 97-106
- Ferrero, A. (2000). El concepto de epidemiología psiquiátrica. Un recorrido histórico. *Acta psiquiátrica psicológica América Latina*. 46(1): 75-79.
- Gould, M.S; Wunsch-Hitzig, R.; R & Dohrenwend B. (1981) Estimating the prevalence of childhood psychopathology: A critical review. *Journal of the American academy of Child Psychiatry*, 20:462-76
- González de Rivera y Revuelta, J. L.; Rodríguez Pulido, F.; Sierra López, A. (1993). *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona: Ediciones Científicas y técnicas S.A.

- Gutiérrez Ávila, H. Y Barilar Romero, E. (1986). Morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención de la ciudad de México. *Bol of Sanit Panam* 101(6): 648-657.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México D. F.: Ed. McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Epidemiología J.H.Jara. Módulos del curso de Epidemiología Básica 2005.
- Jaspers K.(1962) General Psychopathology. Manchester University Press. citado en: Quay, .C.(1986) Classification. En: Quay H.C. & Werry, J.S.(eds) Psychopathological disorders of Childhood (3rd ED)New York, John Wiley & Sonsch.1,1-34
- Kraepelin,E (1883)Compendium der Psychiatrie, Leipzig, Abel citado en : Quay, H.C.(1986) Classification. En: Quay H.C. & Werry, J.S.(eds) Psychopathological disorders of Childhood (3rd D)New York, John Wiley & Sonsch.1,1-34
- Kelmendi de Ustaran, J. (1992). *Epidemiología*. Buenos Aires: Eudeba S.E.M. Fundación A.J. Roemmers.
- Kerlinger, F. Investigación del comportamiento. Mc. Graw-Hill
- Kessler, R. (2000). Epidemiología psiquiátrica: algunos avances recientes y futuras orientaciones. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Recopilación de artículos N°3, 106-115
- Lilienfeld A. Epidemiological methods and influences in studies of noninfectious diseases. Washington, Public Health Report. 1957; 72 (1)
- Montoya, I. (1998). Conceptos básicos de investigación en psiquiatría y salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. XXVII, N°2, 85-119
- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.
- Perales, A.; Sogi, C. (1998). Epidemiología psiquiátrica. En *Manual de Psiquiatría Humberto Rotondo* (Cap. 9) Lima: UNMSM.
- Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, Gómez LC. (2004) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del

- Estudio nacional de salud mental. Colombia 2003. *Rev. Colomb Psiquiatr.*; 33:241-62.
- Quay, H.C.(1986) Classification. In: Quay H.C. & Werry, J.S.(eds) *Psychopathological disorders of Childhood (3rd ED)*New York, John Wiley & Sonsch.1,1-34
- Rabinovich, A. (1963) *Guía de términos y datos para medicina sanitaria*. Buenos Aires, Ministerio de Salud Pública de la Nación.
- Rodríguez Miranda, O.; Apolinaire Pennini, J.; Alonso Alomá, I. (2003). Prevalencia de alteraciones de la salud mental y factores de riesgo relevantes. *Revista Cubana de Medicina Gen. Integr.* 19(4). En: www.bvs.sld.cu
- Ross A.O (1980) *Psychological disorders of children. A behavioral approach to theory, research and therapy (2nd)* Mc Graw Hill Book Company.
- Sabino, C. (1996). *El proceso de investigación*. Buenos Aires: Ed. Lumen/Humanitas.
- Samaniego V. (2004) Prevalencia de trastornos psíquicos en población escolar de 6 a 11 años de edad. Buenos Aires.
- Scharager Goldenberg, J. y Contreras Escudero, L. (2002). Diseño y puesta en marcha de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental. *Revista panamericana de salud publica.* 11(2): 83-91
- Volkmar F,R.(1991) Classification in child and adolescent Psychiatry :Principles and Issues. In: *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. Melvin Lewis (ed) Williams & Wilkins Baltimore, Maryland.

ANEXO

CARACTERISTICAS DE LA OFERTA EN SALUD MENTAL

- DATOS DE LA INSTITUCIÓN

*Nombre de la institución:

*Domicilio:

*Teléfono:

*Dependencia:

Nacional

Provincial

Municipal

Otros

*Horarios de atención:

Por la mañana

Por la tarde

Las 24 hs.

*Tipos de atención:

Ambulatoria

Hospital de día

Centro de internación

(si es con internación especificar N° de camas, tiempo promedio de internación, patología prevalente)

*Objetivo principal de la institución:

Promoción

Prevención primaria

Asistencia

- DATOS DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

1- ¿Cómo está organizado el servicio? ¿Cuántos profesionales de la psicología lo componen? ¿Cuántos atienden niños/ adolescentes?

2- ¿La institución cuenta con el servicio de:

Psiquiatra; Trabajador social; Terapeuta ocupacional; Fonoaudiólogo; Psicopedagogo.

3- Metodología de Trabajo:

Individual; Familiar; Grupal

4- ¿Existen datos registrados acerca de la demanda recibida? ¿Qué tipo de registro? ¿Se evolucionan Historias Clínicas?

6- ¿Existen listas de espera? ¿Cuál es el promedio de tiempo de espera?

7- ¿Cuál es el criterio de admisión al servicio?

8- ¿Existen derivaciones? ¿A dónde se deriva habitualmente?

9- El tipo de demanda es:

- Espontánea
- Derivado oficial
- Otros

10- ¿Dónde y cuándo obtuvo su título de grado? ¿Tiene algún postgrado hecho o en curso? (de ser así, especificar en qué y cuándo lo obtuvo) ¿además del título de Licenciada tiene algún otro título de grado/ especialidad?

11- ¿Cuánto hace que trabaja en esta institución?

12- ¿La institución les brinda la posibilidad de supervisar los casos? ¿Con qué profesional?

13- En la actualidad ¿hace terapia o análisis personal? ¿Hizo en algún momento?

14- ¿Cuántas horas por semana trabaja en la institución?



17- ¿Utiliza instrumentos de evaluación psicológica en su trabajo clínico?
¿Cuáles?

18- ¿Trabaja por fuera de la institución? ¿En qué?

19- Comente cuáles factores favorecen y cuáles perjudican/ obstaculizan su trabajo en esta institución. ¿Qué cambios realizaría para mejorar?

20- Si considera necesario, puede agregar comentarios con respecto a la oferta y demanda en Salud Mental infanto- juvenil, aportando mayor información a lo ya requerido, para lograr de esta manera establecer con mayor precisión las características de la oferta de servicio y la capacidad para hacer frente a la demanda desde esta institución.

A continuación hay una lista de oraciones que describen el comportamiento o los sentimientos de algunos niños. Frente a cada oración piense si alguno de ellos describe a su niño(a) **actualmente o durante los últimos seis meses**. Por favor haga un círculo alrededor del número 0 si la conducta *no es cierta o no la ha observado nunca* en su niño (a). Si solo es *cierto algunas veces o de cierta manera* circule el número 1. Si la conducta es *muy cierta o a menudo cierta* en el caso de su niño (a) haga un círculo alrededor del número 2.

Por favor conteste todas las frases lo mejor que pueda , aunque algunas frases parezcan no estar relacionadas con su niño (a). Recuerde que estas conductas se refieren a ahora o a cualquier época dentro de los últimos seis meses.

0= No es cierto o nunca observado

1=Es cierto algunas veces o de cierta manera

2=Muy cierto o a menudo cierto

0	1	2	1).	Actúa como si fuera menor de su edad.
0	1	2	2).	Padece de alergias (diga a qué): _____
0	1	2	3).	Discute mucho.
0	1	2	4).	Padece de asma.
0	1	2	5).	Se comporta como si fuera del sexo opuesto
0	1	2	6).	Se hace caca fuera del baño.
0	1	2	7).	Es presumido, fanfarrón
0	1	2	8).	No se puede concentrar o prestar atención por mucho rato.
0	1	2	9).	No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos; obsesiones (Describa): _____
0	1	2	10).	No puede estar sentado quieto; es inquieto o hiperactivo.
0	1	2	11).	Es demasiado dependiente o apegado a los adultos.
0	1	2	12).	Se queja de que se siente solo.
0	1	2	13).	Confundido, parece estar en una nebulosa.
0	1	2	14).	Llora mucho.
0	1	2	15).	Es cruel con los animales.
0	1	2	16).	Es cruel, matón o malo con los demás.
0	1	2	17).	Sueña despierto, se pierde en sus propios pensamientos.
0	1	2	18).	Se hace daño a sí mismo a propósito o ha intentado suicidarse.
0	1	2	19).	Exige mucha atención.
0	1	2	20).	Destruye sus propias cosas.
0	1	2	21).	Destruye las pertenencias de sus familiares o las de otros.
0	1	2	22).	Desobedece en la casa.
0	1	2	23).	Desobedece en la escuela.

0	1	2	24).	No come bien.
0	1	2	25).	No se lleva bien con otros chicos(as)
0	1	2	26).	No parece sentirse culpable después de portarse mal.
0	1	2	27).	Se pone celoso fácilmente.
0	1	2	28).	Come o bebe cosas que no son comida (diga qué): (no incluya golosinas)_____
0	1	2	29).	Tiene miedo a ciertos animales, situaciones, o lugares (NO INCLUYA LA ESCUELA) (Describa): _____
0	1	2	30).	Le da miedo ir a la escuela.
0	1	2	31).	Tiene miedo de llegar a pensar o hacer algo malo.
0	1	2	32).	Siente que tiene que ser perfecto.
0	1	2	33).	Siente o se queja de que nadie lo quiere.
0	1	2	34).	Siente que los demás le quieren perjudicar o fastidiar.
0	1	2	35).	Se siente inferior y como que no vale nada.
0	1	2	36).	Se da golpes a menudo, tiene muchos accidentes
0	1	2	37).	Se mete mucho en peleas.
0	1	2	38).	Los demás lo cargan o se burlan de él a menudo.
0	1	2	39).	Se junta con otros que se meten en problemas.
0	1	2	40).	Oye sonidos o voces que no existen (Describa): _____
0	1	2	41).	Es impulsivo o actúa sin pensar
0	1	2	42).	Prefiere estar solo que con otros.
0	1	2	43).	Dice mentiras o hace trampas.

0	1	2	44)	Se come las uñas.
0	1	2	45)	Es nervioso, tenso.
0	1	2	46)	Tiene movimientos nerviosos, tics (Describe): _____
0	1	2	47)	Tiene pesadillas.
0	1	2	48)	No le cae bien a otros chicos(as).
0	1	2	49)	Padece de estreñimiento.
0	1	2	50)	Es demasiado miedoso o le da ansiedad.
0	1	2	51)	Se siente mareado.
0	1	2	52)	Se siente culpable por cualquier cosa.
0	1	2	53)	Come demasiado.
0	1	2	54)	Se cansa demasiado.
0	1	2	55)	Tiene exceso de peso.
0	1	2	56)	Problemas físicos sin causa médica conocida:
0	1	2	a.	dolores o molestias.
0	1	2	b.	dolores de cabeza.
0	1	2	c.	ganas de vomitar, náusea.
0	1	2	d.	problemas con sus ojos (Describe) _____
0	1	2	e.	ronchas u otros problemas de la piel.
0	1	2	f.	dolores de estómago o retortijones.
0	1	2	g.	vómito.
0	1	2	h.	otros (Describe) _____
0	1	2	57)	Ataca físicamente a otras personas.
0	1	2	58)	Se mete los dedos en la nariz, se raspa con las uñas la piel u otras partes del cuerpo (Describe): _____
0	1	2	59)	Juega con sus partes sexuales (genitales) en público.
0	1	2	60)	Juega demasiado con sus partes sexuales.
0	1	2	61)	Rendimiento escolar bajo.
0	1	2	62)	Es torpe, poco coordinado.
0	1	2	63)	Prefiere estar con chicos(as) mayores.
0	1	2	64)	Prefiere estar con chicos(as) menores.
0	1	2	65)	Rehusa hablar.
0	1	2	66)	Repite ciertas acciones una y otra vez, compulsiones (Describe) _____

0	1	2	67)	Se fuga de su casa.
0	1	2	68)	Grita mucho.
0	1	2	69)	Es reservado, mantiene sus cosas en secreto.
0	1	2	70)	Ve cosas que no están ahí (Describe): _____
0	1	2	71)	Muy vergonzoso, se avergüenza con facilidad.
0	1	2	72)	Prende fuegos (Describe)
0	1	2	73)	Problemas sexuales (Describe): _____
0	1	2	74)	Le gusta llamar la atención o hacerse el payaso.
0	1	2	75)	Es tímido.
0	1	2	76)	Duerme menos que la mayoría de los chicos(as).
0	1	2	77)	Duerme más que la mayoría de los chicos(as) durante el día y/o la noche. (Describe): _____
0	1	2	78)	Embarra o juega con excremento (caca).
0	1	2	79)	Tiene problemas para hablar o de pronunciación (Describe): _____
0	1	2	80)	Se queda mirando al vacío.
0	1	2	81)	Roba en la casa.
0	1	2	82)	Roba fuera de la casa.
0	1	2	83)	Acumula o guarda cosas que no necesita (Describe): _____
0	1	2	84)	Se comporta de una manera extraña (Describe): _____
0	1	2	85)	Tiene ideas raras (Describe): _____
0	1	2	86)	Testarudo, malhumorado o irritable.
0	1	2	87)	Su estado de ánimo o sentimientos cambian de repente.
0	1	2	88)	Se pone de mal humor, se aluna mucho.
0	1	2	89)	Es desconfiado, receloso.
0	1	2	90)	Lenguaje obsceno, dice malas palabras.
0	1	2	91)	Habla de quererse matar.
0	1	2	92)	Habla o camina cuando está dormido (Describe): _____
0	1	2	93)	Habla demasiado.
0	1	2	94)	Se burla mucho de los demás.

- | | | | | |
|-------|---|---|------|---|
| 0 | 1 | 2 | 95) | Tiene berrinches o mal genio. |
| 0 | 1 | 2 | 96) | Piensa demasiado sobre temas sexuales. |
| 0 | 1 | 2 | 97) | Amenaza a otros. |
| 0 | 1 | 2 | 98) | Se chupa el dedo. |
| 0 | 1 | 2 | 99) | Se preocupa demasiado por la limpieza y el orden. |
| 0 | 1 | 2 | 100) | No duerme bien (Describe): |
| <hr/> | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 101) | Se ratea, falta a la escuela. |
| 0 | 1 | 2 | 102) | Es poco activo, lento o falto de energía. |
| 0 | 1 | 2 | 103) | Infeliz, triste o deprimido. |
| 0 | 1 | 2 | 104) | Muy ruidoso, chillón. |
| 0 | 1 | 2 | 105) | Toma alcohol o usa drogas con fines no médicos (Describe): |
| <hr/> | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 106) | Comete actos de vandalismo como destruir ventanas, autos u otras cosas. |

- | | | | | |
|---|---|---|------|---|
| 0 | 1 | 2 | 107) | Se orina encima durante el día. |
| 0 | 1 | 2 | 108) | Se orina en la cama. |
| 0 | 1 | 2 | 109) | Se queja o lamenta mucho, lloriquea. |
| 0 | 1 | 2 | 110) | Desearía ser del sexo opuesto. |
| 0 | 1 | 2 | 111) | Ensimismado, retraído, no se relaciona con los demás. |
| 0 | 1 | 2 | 112) | Se preocupa demasiado por todo. |
|
 | | | | |
| 113) Dígame cualquier otro problema que su hijo(a) tenga y que no ha sido mencionado. | | | | |
| 0 | 1 | 2 | | _____ |
| 0 | 1 | 2 | | _____ |
| 0 | 1 | 2 | | _____ |

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
	N° INVENTARIO:
	R-1042